



รายละเอียดตัวชี้วัด

ประเมินผลการปฏิบัติราชการ
สาธารณสุขจังหวัดระยอง

ปีงบประมาณ 2565

โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2565-2569 ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ เป็นต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมวิถีใหม่ ที่บูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อคนระยองสุขภาพดี” โดยได้จัดทำแผนงานหลักรองรับ จำนวน 15 แผนงานหลัก 39 โครงการ ทั้งนี้ได้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เพื่อให้การดำเนินการตามแผนงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงได้ร่วมกันจัดทำตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการ (MOU) ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 100 ตัวชี้วัด

เอกสารฉบับนี้เป็นคู่มือแสดงรายละเอียดตัวชี้วัด คำนิยาม เกณฑ์เป้าหมาย วิธีการประเมินการให้คะแนนของตัวชี้วัดดังกล่าว เพื่อให้เป้าหมายการดำเนินงาน การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้ โดย ซึ่งคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2565 ของเจ้าหน้าที่ทุกระดับต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

5 มกราคม 2565

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ก
สารบัญ	ข
คำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.....	1
ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.....	4
ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง และ สาธารณสุขอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	8
PA_H_14 และ PA_S_09 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565...	10
รายละเอียดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการ สาธารณสุขจังหวัดระยอง	13
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ด้านระบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ (Occupational Medicine Excellence)	23
MOU_01 ร้อยละของหน่วยงานได้รับการยกระดับเป็นต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม.....	24
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	29
MOU_02 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน.....	30
MOU_03 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย.....	37
MOU_04 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน.....	42
MOU_05 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50 ขึ้นไป)	47
MOU_06 ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (6 - 14 ปี)	53
MOU_07 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี.....	58
MOU_08 ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	60
MOU_09 ร้อยละของอำเภอมีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE.....	62
MOU_10 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	66
MOU_11 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	69
MOU_12 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน.....	73



สารบัญ

หน้า

MOU_13 (PA_S_01) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ.....	80
MOU_14 จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ.....	83
MOU_15 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ.....	94
MOU_16 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ.....	102
MOU_17 ร้อยละผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C.....	108
MOU_18 ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (ไข้เลือดออก/ซิกุนกุนยา/ชิกา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ.....	110
MOU_19 ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ประจำปีงบประมาณ 2565.....	116
MOU_20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ประจำปีงบประมาณ 2565.....	121
MOU_21 ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน.....	127
MOU_22 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง.....	130
MOU_23 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน.....	134
MOU_24 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	138
MOU_25 (PA_H_02 & PA_S_01) ร้อยละของอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน.....	142
MOU_26 ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่.....	145
MOU_27 ระดับความสำเร็จของทีม CDCU และ CUP ในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019.....	155
MOU_28 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม.....	157
MOU_29 ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน).....	160
MOU_30 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด.....	162
MOU_31 ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเป้าหมายได้รับการตรวจสอบ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน.....	164



สารบัญ

	หน้า
MOU_32 ร้อยละของเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้รับการตรวจสอบและแก้ไข.....	166
MOU_33 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital.....	168
MOU_34 ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม.....	175
MOU_35 ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพตามฐานชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) มาตรฐานสถานที่ทำงานต้านโควิด.....	179
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 :	
ด้านระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	189
MOU_36 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.....	190
MOU_37 (PA_H_03) ร้อยละ 50 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอบประจำตัว 3 คน	194
MOU_38 (PA_H_04 & PA_S_02) ระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอบประจำตัว 3 คน.....	197
MOU_39 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอบประจำบ้านมีคุณภาพ	200
MOU_40 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	203
MOU_41 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี.....	206
MOU_42 ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน.....	209
MOU_43 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	212
MOU_44 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69).....	215
MOU_45 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62).....	218
MOU_46 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)	221
MOU_47 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time).....	224
MOU_48 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) ≥ 75	227
MOU_49 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.....	230
MOU_50 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ.....	237
MOU_51 (PA_H_05 & PA_S_03) กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ	244
MOU_52 จังหวัดระยองมีการขับเคลื่อนพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU distric) ตามเกณฑ์ที่กำหนด.....	249

สารบัญ

	หน้า
MOU_53 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด.....	253
MOU_54 ร้อยละของหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในเครือข่าย ระดับอำเภอ มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างรับผิดชอบใน 2 โรคตามเกณฑ์เป้าหมาย	256
MOU_55 อัตราตายทารกแรกเกิด.....	259
MOU_56 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ.....	262
MOU_57 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 20.5).....	267
MOU_58 (PA_H_06 & PA_S_04) ระดับความสำเร็จของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ	270
MOU_59 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	275
MOU_60 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	282
MOU_61 ร้อยละของการคัดกรองโรคซึมเศร้า (รวม 3 กลุ่มเป้าหมาย).....	285
MOU_62 (PA_H_07 & PA_S_05) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ.....	288
MOU_63 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี.....	291
MOU_64 ร้อยละของผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต.....	295
MOU_65 ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา.....	299
MOU_66 ร้อยละของผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี	303
MOU_67 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired น้อยกว่าร้อยละ 26.....	307
MOU_68 Refracture Rate.....	311
MOU_69 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	314
MOU_70 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด.....	317
MOU_71 (PA_H_08) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	320
MOU_72 ระดับความสำเร็จในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง	326
MOU_73 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม 30-70 ปี	330
MOU_74 ร้อยละคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 30-60 ปี	333
MOU_75 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² /yr.....	336
MOU_76 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน.....	340
MOU_77 อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย ยินยอมบริจาคอวัยวะและได้ผ่าตัดนำอวัยวะ ออก (Organ retrieval) ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด.....	343

สารบัญ

หน้า

MOU_78 ร้อยละของผู้ติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate).....	345
MOU_79 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาล ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward).....	349
MOU_80 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery.....	353
MOU_81 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีและหรืออุ้งน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery).....	355
MOU_82 (PA_H_09) ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ.....	358
MOU_83 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit).....	362
MOU_84 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	365
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence).....	367
MOU_85 จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ.....	368
MOU_86 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด.....	371
MOU_87 (PA_H_10 & PA_S_06) องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ.....	374
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence).....	378
MOU_88 (PA_H_11 & PA_S_07) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	379
MOU_89 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายในและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน.....	384
MOU_90 ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) ผ่านเกณฑ์	388
MOU_91 ระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	390
MOU_92 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (โดยผ่านระดับ 5/ ร้อยละ 100).....	393
MOU_93 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองผ่านการรับรอง HA ชั้น3 หรือได้รับการ reaccreditation (PA_S_13).....	399
MOU_94 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม.....	402



สารบัญ

	หน้า
MOU_95 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	404
MOU_96 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน.....	408
MOU_97 (PA_H_12) ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 - 7	411
MOU_98 หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก).....	417
MOU_99 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบัญชีระดับ B.....	419
MOU_100 (PA_H_13 & PA_S_08) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ.....	422



คำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



**คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕**

๑. คำรับรองระหว่าง

นายสุนทร เจริญภูมิการกิจ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง	ผู้รับคำรับรอง
	และ	
นางสาวสมบัติ ชุตินานุกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง	ผู้ทำคำรับรอง
นายภูษิต ทรัพย์สมพล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่ง	ผู้ทำคำรับรอง
นายสุกิจ บรรจงกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง	ผู้ทำคำรับรอง
นายประสิทธิ์ ทองสตา俞	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านค่าย	ผู้ทำคำรับรอง
นางสาวน้ำเพชร แสงวรรณกุล	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉาง	ผู้ทำคำรับรอง
นายชินวัฒน์ ชัยนวล	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง	ผู้ทำคำรับรอง
นายประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังจันทร์	ผู้ทำคำรับรอง
นายโกมล ภูถาวรทรัพย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมพัฒนา	ผู้ทำคำรับรอง
นางสาวกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชะเมา เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญา และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. รายละเอียดของคำรับรองฯ ได้แก่ ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (PA) นำหนัก เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายสุนทร เจริญภูมิการกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ในฐานะที่เป็นผู้บริหาร กำกับดูแลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ได้พิจารณาเห็นชอบกับรายละเอียดของคำรับรองฯ ตามข้อ ๓ และเอกสารประกอบท้ายคำรับรองฯ นี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองฯ ตาม ข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรอง กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองฯ ไว้

๖. ผู้รับคำ...



๒

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ ไว้เป็นสำคัญ

(นายสุนทร เจริญภูมิกรกิจ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง

(นางสาวสมบัติ ชุตติมานุกูล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

(นายภูษิต ทรัพย์สมพล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่ง

(นายสุกิจ บรรจงกิจ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

(นายประสิทธิ์ ทองสตาย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านค่าย

(นางสาวน้ำเพชร แสงวรรณกุล)
รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉาง

(นายชินวัฒน์ ชัยนวล)
รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

(นายประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังจันทร์

(นายโกมล ภู่อารทรัพย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมพัฒนา

(นางสาวกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชะเมา
เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

(นายวีระศักดิ์ เจียมอนุกุลกิจ)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

(นางณัฐพร ผลงาม)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

(นายเริงชัย สุขสีลา)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

ลงนามบันทึกคำรับรองการปฏิบัติราชการ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุมชัยพฤกษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง



ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)
ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประกอบด้วย

- PA_H_01 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (MOU_13)
 -ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
 -ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- PA_H_02 ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน (MOU_25)
- PA_H_03 ร้อยละ 50 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (MOU_37)
- PA_H_04 ระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (MOU_38)
- PA_H_05 กิจการ/ กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ (MOU_51)
 -ร้อยละของกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ ที่มีการปฏิบัติตามตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 ผ่านระบบ Thai Stop COVID Plus และผ่านตามเกณฑ์ของแต่ละ Setting
 -ร้อยละของการสุ่มตรวจประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรการสำหรับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่
- PA_H_06 ระดับความสำเร็จของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ (MOU_58)
- PA_H_07 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (MOU_62)
- PA_H_08 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (MOU_71)
 -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
 -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
- PA_H_09 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (MOU_82)
- PA_H_10 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (MOU_87)
- PA_H_11 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (MOU_88)
- PA_H_12 ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 - 7 (MOU_97)
- PA_H_13 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน) (MOU_100)
- PA_H_14 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565

ตัวชี้วัด PA ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565

รหัส PA	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	น้ำหนักตัวชี้วัด									ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
			พ.ระยอง	พ.แก่ง	พ.เฉลิมพระเกียรติฯ	พ.ปลวกแดง	พ.บ้านฉาง	พ.บ้านค่าย	พ.วังจันทร์	พ.นิคมพัฒนา	พ.เขาชะเมา	
PA_H_01	MOU_13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหลงลืมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ -ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ -ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลงลืมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	5	5	5	-	-	-	-	-	-	ก.ส่งเสริมสุขภาพ
PA_H_02	MOU_25 ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน	ร้อยละ 95	6	6	6	7	7	7	7	7	7	ก.ควบคุมโรคติดต่อ
PA_H_03	MOU_37 ร้อยละ 50 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	ร้อยละ 50	6	6	6	7	7	7	7	7	7	ก.พัฒนาคุณภาพ
PA_H_04	MOU_38 ระดับความสำคัญของจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	ระดับ 1-5	6	6	6	7	7	7	7	7	7	ก.พัฒนาคุณภาพ
PA_H_05	MOU_51 กิจกรรม/กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน	ร้อยละ 90	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.อนามัยสิ่งแวดล้อม / ก.ส่งเสริมสุขภาพ
PA_H_06	MOU_58 ระดับความสำคัญของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ	ชั้นตอนที่ 1-5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.แพทย์แผนไทยฯ
PA_H_07	MOU_62 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อ 100,000 คน	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.ส่งเสริมสุขภาพ
PA_H_08	MOU_71 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	5	5	5	-	-	-	-	-	-	ก.ควบคุมโรคติดต่อ
PA_H_09	MOU_82 ระดับความสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ชั้นตอนที่ 1-5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.คุ้มครองฯ / ก.แพทย์แผนไทยฯ
PA_H_10	MOU_87 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 70	6	6	6	7	7	7	7	7	7	ก.ทรัพยากรบุคคล
PA_H_11	MOU_88 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ระดับ 5 ร้อยละ 92	6	6	6	6	6	6	6	6	6	ก.บริหารทั่วไป
PA_H_12	MOU_97 ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 - 7	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 < ร้อยละ 4	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.ประกันสุขภาพ
PA_H_13	MOU_100 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน)	ร้อยละ 100	5	5	5	6	6	6	6	6	6	ก.ยุทธศาสตร์
PA_H_14	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565	5 คะแนน	30	30	30	30	30	30	30	30	30	ก.ยุทธศาสตร์
รวม			100	100	100	100	100	100	100	100	100	



**คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕**

๑. คำรับรองระหว่าง

นายสุนทร เจริญภูมิการกิจ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง	ผู้รับคำรับรอง
	และ	
นายเริงชัย สุขสิลา	สาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง	ผู้ทำคำรับรอง
นางสกวรัตน์ โรจนวานิช	สาธารณสุขอำเภอแกลง	ผู้ทำคำรับรอง
นางเพลินจิตร แสงวานิช	สาธารณสุขอำเภอปลวกแดง	ผู้ทำคำรับรอง
นายธนาวุฒิ บุญช่วยเหลือ	สาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย	ผู้ทำคำรับรอง
นายธำรงค์ศักดิ์ ธรรมเจริญ	สาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง	ผู้ทำคำรับรอง
นายไพรัช บำรุงสุนทร	สาธารณสุขอำเภอวังจันทร์	ผู้ทำคำรับรอง
นายนเรศน์ พรหมชาติแก้ว	สาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา	ผู้ทำคำรับรอง
นางพิมพ์บุญญา สมุทรรัตน์	สาธารณสุขอำเภอนิคมพัฒนา	ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญา และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. รายละเอียดของคำรับรองการปฏิบัติราชการ ได้แก่ ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (PA) น้ำหนัก เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายสุนทร เจริญภูมิการกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ในฐานะที่เป็นผู้บริหาร กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ได้พิจารณาเห็นชอบกับรายละเอียดของคำรับรองฯ ตามข้อ ๓ และเอกสารประกอบท้ายคำรับรองฯ นี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้าสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองฯ ตาม ข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ว่า จะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองฯ ไว้

๖. ผู้รับคำ...



๒

๒. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ ไว้เป็นสำคัญ

(นายสุนทร เจริญภูมิการกิจ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง

(นายเริงชัย สุขสีลา)
สาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง

(นางสาวรัตน์ โจรนวนานิช)
สาธารณสุขอำเภอแกลง

(นางเพลินจิตร์ แชกวานิช)
สาธารณสุขอำเภอบลวกแดง

(นายธำรงค์ศักดิ์ ธรรมเจริญ)
สาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง

(นายธนาวุฒิ บุญช่วยเหลือ)
สาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย

(นายไพรัช บำรุงสุนทร)
สาธารณสุขอำเภอวังจันทร์

(นายเรศน์ พรหมชาติแก้ว)
สาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา

(นางพิมพ์บุญญา สมุทรรัตน์)
สาธารณสุขอำเภอนิคมพัฒนา

(นายประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

(นายวีระศักดิ์ เจียมอนุกุลกิจ)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

(นางณัฐพร ผลงาม)
รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดระยอง
พยาน

ลงนามบันทึกคำรับรองการปฏิบัติราชการ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุมชัยพฤกษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง



ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)

ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง และ สาธารณสุขอำเภอ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประกอบด้วย

- PA_S_01 ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21–28 วัน (MOU_25)
- PA_S_02 ระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (MOU_38)
- PA_S_03 กิจกรรม/ กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ (MOU_51)
-ร้อยละของกิจกรรม/สถานประกอบการ ที่มีการปฏิบัติตามตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 ผ่านระบบ Thai Stop COVID Plus และผ่านตามเกณฑ์ของแต่ละ Setting
-ร้อยละของการสุ่มตรวจประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรการสำหรับกิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่
- PA_S_04 ระดับความสำเร็จของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ (MOU_58)
- PA_S_05 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (MOU_62)
- PA_S_06 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (MOU_87)
- PA_S_07 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (MOU_88)
- PA_S_08 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน) (MOU_100)
- PA_S_09 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565



ตัวชี้วัด PA ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ สาธารณสุขอำเภอ ปีงบประมาณ 2565

รหัส PA	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	น้ำหนักตัวชี้วัด									กลุ่มงาน ที่ดูแลตัวชี้วัด
			สื่อเมืองระยอง	สื่อแกลง	สื่อปลวกแดง	สื่อบ้านฉาง	สื่อบ้านค่าย	สื่อวังจันทร์	สื่อนิคมพัฒนา	สื่อเขาชะเมา		
PA_S_01	MOU_25 ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	ร้อยละ 95	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.ควบคุมโรคติดต่อ
PA_S_02	MOU_38 ระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทยมีหมอปประจำตัว 3 คน	ระดับ 1-5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.พัฒนาคุณภาพ
PA_S_03	MOU_51 กิจกรรม/ กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ	ร้อยละ 90	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.อนามัยสิ่งแวดล้อม / ก.ส่งเสริมสุขภาพ
PA_S_04	MOU_58 ระดับความสำเร็จของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ	ขั้นตอนที่ 1-5	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.แพทย์แผนไทยยา
PA_S_05	MOU_62 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ก.ส่งเสริมสุขภาพ
PA_S_06	MOU_87 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 70	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.ทรัพยากรบุคคล
PA_S_07	MOU_88 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ระดับ 5 ร้อยละ 92	9	9	9	9	9	9	9	9	9	ก.บริหารทั่วไป
PA_S_08	MOU_100 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน)	ร้อยละ 100	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ก.ยุทธศาสตร์
PA_S_09	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565	5 คะแนน	30	30	30	30	30	30	30	30	30	ก.ยุทธศาสตร์
รวม			100	100	100	100	100	100	100	100	100	

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ					
โครงการ	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
ตัวชี้วัด	PA_H_14 และ PA_S_09 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติ ราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565					
คำนิยาม	ตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565 หมายถึง ตัวชี้วัดตามข้อตกลงการ ปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านความชอบของคณะกรรมการวางแผนและ ประเมินผล เรียบร้อยแล้ว จำนวน 100 ตัวชี้วัด การประเมินหน่วยงาน 1) ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลดำเนินการขับเคลื่อน 2) ตัวชี้วัดที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการขับเคลื่อน					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลรวมค่าคะแนน 5 คะแนน (ตามจำนวนตัวชี้วัดที่ประเมินตามรอบการประเมิน)					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ. / สสอ. ทุกแห่ง					
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพ. / สสอ./ รพ.สต. ทุกแห่ง (รพ.สต. ประเมินในภาพรวม สสอ.)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565 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					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2561	2562	2563	2564
	การดำเนินงาน ตามข้อตกลง การปฏิบัติ ราชการ	วัดกระบวนการ และผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์เป็น ร้อยละ	53.33	55.70	61.45 (คะแนน เฉลี่ย 4.31 คะแนน)	52.78 (คะแนน เฉลี่ย 4.04 คะแนน)

ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 ตัดยอดผลงาน ภายใน 21 กุมภาพันธ์ 2565 * ครั้งที่ 2 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565 ตัดยอดผลงาน ภายใน 21 มีนาคม 2565 * ครั้งที่ 3 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2564 ถึง กรกฎาคม 2565 ตัดยอดผลงาน ภายใน 22 กรกฎาคม 2565 * ครั้งที่ 4 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 ตัดยอดผลงาน ภายใน 19 กันยายน 2565
วิธีการประเมิน	ประเมินจากคะแนนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด MOU ที่ดำเนินการ ดังนี้ ผลคะแนนที่ได้ = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด} \times 5}$

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการในรอบ 5 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด ในรอบ 5 เดือน} \times 5}$				
6 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ ในรอบ 6 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 6 เดือน} \times 5}$				
10 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการในรอบ 10 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 10 เดือน} \times 5}$				
12 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ ในรอบ 12 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 12 เดือน} \times 5}$				

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ทุกรอบการประเมิน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด (ตามรอบการประเมิน 5,6,10,12 เดือน)}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด (ตามรอบการประเมิน 5,6,10,12 เดือน)} \times 5}$				

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ ค่าคะแนนของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ MOU ที่ดำเนินการทั้งหมด ปีงบประมาณ 2565 <ul style="list-style-type: none"> ▪ รอบ 5 และ 6 เดือน ประเมินคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน) ▪ รอบ 10 และ 12 เดือน ประเมินคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน)
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผลรวมของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2565 <ul style="list-style-type: none"> ▪ ประเมินคะแนนเต็ม 5 คะแนน ▪ ทุกรอบการประเมินผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.นางสาวปุกนิภา ศรีติมงคล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ 2.น.ส.นันทน์ภรณ์ เกษี ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967-415 ต่อ 2106 E-mail rayong21@gmail.com



รายละเอียดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการ
สาธารณสุขจังหวัดระยอง

ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานการ PA & MOU สถานสมศสจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ประชม กบป. วันที่ 5 มกราคม 2565)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด ปี 2565		เกณฑ์/เป้าหมาย	หน่วยนับประเมิน		เกณฑ์การประเมิน					หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด			
		PA สส. ปี 65	PA สส. ปี 65		CUP/ 7% (ถ้ามี)	กบ. สส.	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน			12 เดือน		
6.โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	19	-	-	ร้อยละ 100	✓	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		20	-	-	ร้อยละ 100 (ผ่านขั้นตอนที่ 5)	✓	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		21	-	-	ร้อยละ 90	✓	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ชี้แจง 22 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		22	-	-	ร้อยละ 90	✓	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ชี้แจง 22 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		23	-	-	ร้อยละ 80	✓	-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ชี้แจง 22 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		24	-	-	ร้อยละ 80	✓	-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ชี้แจง 22 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		25	PA_1_02 PA_1_01	-	ร้อยละ 95	✓	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา
		26	-	-	ร้อยละ 100	สสจ.	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา
		27	-	-	ร้อยละ 100	CUP	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา
		28	-	-	ร้อยละ 70	CUP	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา
7.โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	29	-	-	ร้อยละ 100	✓	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		30	-	-	ร้อยละ 97	✓	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		31	-	-	ร้อยละ 100	✓	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	
		32	-	-	ร้อยละ 100	✓	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	ก.กานุม ปรีดีพิลา	



ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานกร PA & MOU สาขารวมศูนย์จังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ประจํา กบป. วันที่ 5 มกราคม 2565)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด ปี 2565		ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยกึ่งประเมิน		เกณฑ์การประเมิน					รวมพบผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
		MOU ปี 65	PA สสจ. ปี 65			CU/อำนาจ	กบป.	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน		12 เดือน
		47	-	ร้อยละ 60 ของเดือนละเดือน/จุดประสงค์ระยะสั้น (63) ที่ไม่มีการเกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาทันทีของรถฉุกเฉินรถพยาบาลใน 60 นาที (Door to needle time)	≥ ร้อยละ 70	✓	✓	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	ชี้แจงแล้ว เมื่อวันที่ 9 ธ.ค. 64	ก.ค.ค.
		48	-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (60-69) ที่ไม่มีการเกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (NLSU) ≥ 75	≥ ร้อยละ 75	✓	✓	≥ ร้อยละ 70	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	ชี้แจงแล้ว เมื่อวันที่ 9 ธ.ค. 64	ก.ค.ค.	
12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ		49	-	อัตราการกลับมารักษาผู้ป่วยวัณโรคหายขาดไม่	ร้อยละ 88	✓	✓	-	-	-	ร้อยละ 88	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	การควบคุมโรคติดต่อ	
		50	-	อัตราการควบคุมของกาฬโรคและเป็นของสู่ผู้ป่วยวัณโรคในใหม่และกลับซ้ำ	ร้อยละ 88	✓	✓	ร้อยละ 44	ร้อยละ 66	ร้อยละ 77	ร้อยละ 88	ชี้แจง 6 ม.ค. 65	การควบคุมโรคติดต่อ	
13. โครงการป้องกันและควบคุมการรื้อฟื้นสู่ชีวิตและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล		51	PA_U_05	บริการ/โครงการ/สถานประกอบการปฏิบัติมาตรฐานการ	ร้อยละ 90	✓	✓	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ชี้แจงแล้ว เมื่อวันที่ 9 ธ.ค. 64	การรื้อฟื้นสู่ชีวิต/การส่งเสริม	
		52	-	สิ่งให้ประโยชน์แก่การเก็บคืนพบผู้เอาใจใส่ยาอย่างเหมาะสม (DOU distri) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 50			จำกัด 5	จำกัด 10	จำกัด 10	จำกัด 10	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การส่งเสริม	
		53	-	อัตราการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	ไม่ต่ำกว่า 64	กบป.	กบป.	-	-	-	-	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การส่งเสริม	
		54	-	ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างรับผิดชอบใน 2 ไตรมาสจนถึงเป้าหมาย	ร้อยละ 80			ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การส่งเสริม	
14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์		55	-	อัตราการตกเตียงเฉลี่ยต่อเตียงต่อวัน	น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 การกึ่งเตียง	✓	✓	ค่าเป้าหมาย 1-5	ค่าเป้าหมาย 1-5	ค่าเป้าหมาย 1-5	น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 การกึ่งเตียง	ชี้แจงแล้ว เมื่อวันที่ 17 ธ.ค. 64	การส่งเสริมสุขภาพ	
15. โครงการพัฒนาระบบระบบข้อมูลแบบครบวงจรและภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน		56	-	ร้อยละการบูรณาการข้อมูลและจัดการองค์การต่าง ๆ กับ Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 50	✓	✓	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ชี้แจงแล้ว เมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 64	การพัฒนาสุขภาพ	
		57	-	ร้อยละผู้ป่วยออกฤทธิ์เกินที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5	✓	✓	-	-	-	รพท/รพช. ร้อยละ 6 รพช. ร้อยละ 10 รพ.สต. ร้อยละ 18.5	รพท/รพช. ร้อยละ 12 รพช. ร้อยละ 20 รพ.สต. ร้อยละ 37	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การพัฒนาระบบ
16. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		58	PA_U_06	ระดับความพึงพอใจการใช้แผนไทยในหน่วยบริการ	จำนวนที่ 5	✓	✓	จำนวนที่ 5	จำนวนที่ 5	จำนวนที่ 5	จำนวนที่ 5	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การพัฒนาระบบ	
		59	-	ระดับความพึงพอใจการดำเนินงานด้านผู้ป่วยยาแผนไทย	จำนวนที่ 5			ค่าเป้าหมาย 4 ข้อ	ค่าเป้าหมาย 4 ข้อ	ค่าเป้าหมาย 4 ข้อ	ค่าเป้าหมาย 4 ข้อ	ชี้แจง 23 ธ.ค. 64	การพัฒนาระบบ	



ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานการ PA & MOU สาขาสถิตศาสตร์จังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ประจํา กบป. วันที่ 5 มกราคม 2565)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด ปี 2565		เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยประเมิน		เกณฑ์การประเมิน						หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบ
		PA สหค. ปี 65	PA สสจ. ปี 65		CUP/ จำนวน	กบ. สสจ.	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน		
	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	-	-	ร้อยละ 85	รพท. รพท.	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 85	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 17 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาผู้สูงอายุ	-	-	ร้อยละ 0.40	รพท.	≥ ร้อยละ 0.3	≥ ร้อยละ 0.3	≥ ร้อยละ 0.35	≥ ร้อยละ 0.40	≥ ร้อยละ 0.40	≥ ร้อยละ 0.40	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
	24. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก	-	-	ร้อยละ 58	✓	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 58	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 17 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
	25. โครงการวางระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care, IMC)	-	-	ร้อยละ 100 (ตามรอบปี 5)	✓	ร้อยละ 4-5	ร้อยละ 4-5	ร้อยละ 4-5	ร้อยละ 4-5	ร้อยละ 4-5	ร้อยละ 4-5	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
	26. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: OOS	-	-	ร้อยละ 20	รพท. รพท.	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 20	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 20	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
	27. โครงการจัดสภาพแวดล้อม	PA_H_09	-	ร้อยละ 1.5	✓	-	ร้อยละ 3	-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	สิ้นสุดแล้ว เมื่อวันที่ 20 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินคววรถและระบบการส่งต่อ	28. โครงการพัฒนาระบบบริการรถพยาบาลฉุกเฉินคววรถและระบบการส่งต่อ	-	-	ร้อยละ 12	รพท. รพท.	< ร้อยละ 8	-	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	สิ้นสุดแล้ว 22 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	
แผนงานที่ 9 : การพัฒนาระบบบริการรถพยาบาลฉุกเฉินคววรถและระบบการส่งต่อ	29. โครงการพัฒนาระบบบริการรถพยาบาลฉุกเฉินคววรถและระบบการส่งต่อ	-	-	ร้อยละ 100 (ตามรอบปี 5)	CUP เมือ รอง	-	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	สิ้นสุดแล้ว 23 ธ.ค. 64	กสลงม สุภาพ	



ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงาน PA & MOU มาตรฐานสุขจังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ประจํา กบ. วันที่ 5 มกราคม 2565)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด ปี 2565		ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยนับประเมิน		เกณฑ์การประเมิน					หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด				
		MOU ปี 65	PA สธ. ปี 65			CUP/ สธ.อำเภอ	กบ.	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน			12 เดือน			
แผนงานที่ 10 : อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว สุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	30. โครงการพัฒนาระบบ ข้อมูลภาครัฐ เชื่อมโยงสุขภาพและ กรมส่งเสริมการค้า ระหว่างประเทศ การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	-	-	ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ก.พัฒนาระบบ ใหม่			
		ประเมินตัวชี้วัด : 4 ด้าน (People Excellence)	85	-	จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ มีค่านิยมทางคุณธรรม เป็นร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	จังหวัด 21 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร	
		86	-	ร้อยละของบุคลากรที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	จังหวัด 21 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร
ประเมินตัวชี้วัด : 5 ด้าน (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence))	32. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข	87	PA_H_10 PA_S_06	จังหวัดมีความพึงพอใจด้านสุขภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	จังหวัด 21 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร	
		88	PA_H_11 PA_S_07	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	จังหวัด 22 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร
		89	-	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระยองผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินและ ประเมินในระดับระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25	จังหวัด 22 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบ ชมรมกีฬาและ องค์กรชุมชน	34. โครงการพัฒนาระบบ สุขภาพ	90	-	ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินอุดหนุนประชาชน บ้าง) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	จังหวัด 22 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร	
		91	-	ระดับความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม อย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	จังหวัด 22 ต.ค. 64	ก.พัฒนาระบบ บุคลากร
		92	-	ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนในสังกัด สำนักงานส่งเสริมการรวมตัวของจังหวัดระยอง พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 5	ร้อยละ 100	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	จังหวัด เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 64	ก.พัฒนา สุขภาพ
93	-	ระดับความพึงพอใจของประชาชนในสังกัด สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านเกณฑ์รับรองด้าน การรับรอง ISIRI หรือได้รับการ reccreditiation	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	ร้อยละ 1-5	จังหวัด เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 64	ก.พัฒนา สุขภาพ	



ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานการ PA & MOU สาขารวมศูนย์จังหวัดระยอง ประจำปีงบประมาณ 2565 (ประจํา กบ. วันที่ 5 มกราคม 2565)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด ปี 2565		ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยนับประเมิน		เกณฑ์การประเมิน						รวมเกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
		MOU ปี 65	PA สล. ปี 65			CUP/ ฎก. อ่างทอง	ฎก. อ.อ.	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน		
		94	-	ร้อยละ 100 รพ.สต. 10ตำบล	ร้อยละ 100	✓	✓								ก.พัฒนา ก.พัฒนา ก.สุขภาพ
			PA_U_14	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	✓	✓								ก.พัฒนา ก.พัฒนา ก.สุขภาพ
แผนงานที่ 13 : การพัฒนาระบบ ข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพ	35. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารทางคลินิกสุขภาพ แห่งชาติ	95	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	✓	✓								ก.สุขภาพ
		96	-	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	✓	✓								ก.สุขภาพ
	36. โครงการ Smart Hospital	-	-	-	-	-	-								ก.สุขภาพ
แผนงานที่ 14 : การบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ	37. โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ของ 3 กลุ่ม	-	-	-	-	-	-								ก.ประกัน สุขภาพ
	38. โครงการบริหารจัดการ การนิคมกำลัง	97	PA_U_12	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2	✓	✓								ก.ประกัน สุขภาพ
		98	-	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	✓	✓								ก.ประกัน สุขภาพ
		99	-	ร้อยละ 100 (ดำเนินการ B)	ร้อยละ 100 (ดำเนินการ B)	✓	✓								ก.บริหารทั่วไป
แผนงานที่ 15 : การพัฒนาบริการ และนวัตกรรมด้าน สุขภาพ	39. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ และนวัตกรรมด้าน สุขภาพ	100	PA_U_13	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	✓	✓								ก.สุขภาพ





ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 :
ด้านระบบอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ
(Occupational Medicine Excellence)

แผนงานที่	1. การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์
โครงการ	1. โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯ เพื่อรองรับการพัฒนาตามนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (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)ด้านอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับ ตติยภูมิ 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 สนับสนุนและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละ 100 ของ CUP ผ่านประเมินและรับรองผลต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐาน</p> <p>ร้อยละ 80 ของ CUP ผ่านประเมินและรับรองผลต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ระดับดีขึ้น</p>
ประชากร	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

กลุ่มเป้าหมาย			
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	ประเมินภาพ CUP		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดทำตารางบันทึกผลการประเมิน และส่งกลับมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) ที่ผ่านการประเมิน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) ทั้งหมด (9 แห่ง)		
รายการข้อมูล 3	C = คะแนนที่ได้จากการประเมินตามแบบประเมินต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม		
รายการข้อมูล 4	D = คะแนนเต็มแบบประเมินต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์ฯ (500 คะแนน)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 100$		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(C/D) \times 100$		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	สถานบริการ	ข้อมูลปี 64	เป้าหมาย ปี 65
	Cup รพ.ระยอง	ดี	ดีเด่น
	Cup รพ.เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพฯ	ดีเด่น	ดีเด่น
	Cup รพ.แกลง	พื้นฐาน	ดีเด่น
	Cup รพ.บ้านฉาง	ดี	ดีขึ้นไป
	Cup รพ.บ้านค่าย	พื้นฐาน	ดีขึ้นไป
	Cup รพ.วังจันทร์	พื้นฐาน	ดีขึ้นไป
	Cup รพ.ปลวกแดง	ดี	ดีขึ้นไป
	Cup รพ.นิคมพัฒนา	พื้นฐาน	ดีขึ้นไป
	Cup รพ.เขาชะเมา	ไม่ผ่าน	พื้นฐาน
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10,12 เดือน		
วิธีการประเมิน	1) หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์ต้นแบบอาชีวเวช ศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และส่งผลการประเมินรายงานให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ภายในเดือนเมษายน 2564 2) คณะกรรมการประเมินของ CUP ประเมินซ้ำและรับรองผลการประเมิน และรายงาน กลับมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในเดือนมิถุนายน 2564		
เกณฑ์การประเมิน: มีการจัดบริการ (คะแนนเต็ม 500 คะแนน) ดังนี้ 1. โรงพยาบาลจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับดีเด่น			

(occupational and environmental excellence) คะแนน 125 คะแนน

2. โรงพยาบาลมีเครือข่ายบริการ(Network)ด้านอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับ ตติยภูมิ
ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ คะแนน 100 คะแนน

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สร้างกลไก สนับสนุน และติดตามการพัฒนาการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถาน
บริการ ในกระบวนการ DHS/DHB จนผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการจัดบริการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ
และสิ่งแวดล้อม คะแนน 100 คะแนน

4. การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) คะแนน 100 คะแนน

5. การฝึกอบรม ถ่ายทอด (Training) คะแนน 50 คะแนน

6. สนับสนุนและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน คะแนน 25 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

สถานบริการ	รอบ 5 เดือน	รอบ 9 เดือน
cup รพ. ระยอง/ cup รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ / cup รพ.แก่ง	ประเมินตนเอง ผ่านระดับดีขึ้นไป	รับรองผลการประเมิน ผ่านระดับดีเด่น
cup รพ.บ้านฉาง/ cup รพ.ปลวกแดง/ cup รพ.บ้าน ค่าย/ cup รพ. นิคมพัฒนา	ประเมินตนเอง ผ่านระดับดีขึ้นไป	รับรองผลการประเมิน ผ่านระดับดีขึ้นไป
cup เขาชะเมา	ประเมินตนเอง	รับรองผลการประเมิน ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน

1. cup รพ.ระยอง/ cup รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ / cup รพ.แก่ง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีวเวช ศาสตร์ฯ
5 เดือน	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง
6 เดือน	คะแนนร้อยละ 20-29	คะแนนร้อยละ 30-39	คะแนนร้อยละ 40-49	ระดับพื้นฐาน คะแนนร้อยละ 50- 69	ระดับดีขึ้นไป คะแนนร้อยละ 70 ขึ้นไป
9 เดือน	รับรองผลคะแนน	รับรองผลคะแนน	รับรองผล	รับรองผลระดับดี	รับรองผลระดับ
10 เดือน	ร้อยละ 30-39	ร้อยละ 40-49	พื้นฐานร้อยละ 50-69	คะแนนร้อยละ 70- 79	ดีเด่น คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
12 เดือน					

2. cup รพ.บ้านฉาง / cup รพ.บ้านค่าย/ cup รพ.ปลวกแดง/ cup รพ.นิคมพัฒนา/ cup วังจันทร์

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็นต้นแบบอา ชีวเวชศาสตร์ฯ
5 เดือน	ประเมินตนเอง คะแนนร้อยละ	ประเมินตนเอง คะแนนร้อยละ	ประเมินตนเอง คะแนนร้อยละ	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐาน คะแนนร้อยละ 50-69	ประเมินตนเองระดับดี ขึ้นไป คะแนนร้อยละ
6 เดือน	20-29	30-39	40-49		70 ขึ้นไป
9 เดือน	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 30-39	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 40-49	รับรองผลพื้นฐาน ร้อยละ 50-59	รับรองผลระดับพื้นฐาน คะแนนร้อยละ 50-69	รับรองผลระดับดีขึ้นไป คะแนนร้อยละ 70 ขึ้น ไป
10 เดือน					
12 เดือน					

3. cup เขาชะเมา

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็นต้นแบบ อาชีวเวชศาสตร์ฯ
5 เดือน	ประเมินตนเองคะแนน ร้อยละ 10-19	ประเมินตนเองคะแนน ร้อยละ 20 -29	ประเมินตนเองคะแนน ร้อยละ 30 -39	ประเมินตนเองคะแนน ร้อยละ 40 -49	ประเมินตนเองผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป (คะแนนร้อยละ 50 ขึ้นไป)
6 เดือน					
9 เดือน	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 10 -19	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 20 -29	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 30-39	รับรองผลคะแนน ร้อยละ 40 -49	รับรองผล ระดับพื้นฐานขึ้นไป
10 เดือน					
12 เดือน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ร้อยละ 60 ของทุก CUP มี แผนพัฒนายกระดับ	ร้อยละ 70 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกระดับ	ร้อยละ 80 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกระดับ	ร้อยละ 90 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกระดับ	ร้อยละ 100 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกระดับ
5 เดือน	ร้อยละ 70 ของ CUP ประเมิน	ร้อยละ 70 ของ CUP ประเมินตนเองผ่าน	ร้อยละ 80 ของ CUP ประเมินตนเองผ่าน	ร้อยละ 90 ของ CUP ประเมินตนเองผ่าน	ร้อยละ 100 ของ CUP ประเมินตนเองผ่าน
6 เดือน	ตนเองผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป
9 เดือน	ร้อยละ 70 ของ CUP รับรองผลผ่าน	ร้อยละ 70 ของ CUP รับรองผลผ่าน	ร้อยละ 80 ของ CUP รับรองผลผ่าน	ร้อยละ 100 ของ CUP รับรองผลผ่าน	ร้อยละ 80 ของ CUP รับรองผลผ่านระดับดี ขึ้นไป
10 เดือน		ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	
12 เดือน					

<p>ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงานดังนี้</p> <p>1. cup รพ.ระยอง/ cup รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ / cup รพ.แกลง</p> <p>รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่มีแผนพัฒนาการยกระดับฯ ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5/6 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ประเมินตนเองระดับดีขึ้นที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9/10/12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่รับรองผลการประเมินระดับดี ที่ 4 คะแนน</p> <p>2. cup รพ.บ้านฉาง / cup รพ.บ้านค่าย/ cup รพ.ปลวกแดง/ cup รพ.นิคมพัฒนา/ cup วังจันทร์</p> <p>รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่มีแผนพัฒนาการยกระดับฯ ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5/6 เดือน ที่ ประเมินตนเองระดับดีขึ้นที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9/10/12 เดือน รับรองผลการประเมินระดับดีขึ้นที่ 5 คะแนน</p> <p>3. cup เขาชะเมา</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่มีแผนพัฒนาการยกระดับฯ ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5/6 เดือน ที่ ประเมินตนเองระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9/10/12 เดือน ที่รับรองผลการระดับพื้นฐานขึ้นไป ที่ 5 คะแนน</p>
<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัดดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ร้อยละ 100 ของ Cup มีแผนพัฒนาการยกระดับฯ ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5/6 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ของ Cup ประเมินตนเองระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 100 ของ Cup รับรองผลระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10/12 เดือนที่ ร้อยละ 80 ของ Cup รับรองผลการระดับดี ขึ้นไป ที่ 5 คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>เกณฑ์การประเมินระดับของการเป็นต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯจังหวัดระยอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>-ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับพื้นฐาน ได้คะแนน ร้อยละ 50 -69</p> <p>-ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับดี ได้คะแนน ร้อยละ 70 - 79</p> <p>-ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับดีเด่น ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>1. ชื่อ-สกุล นางสาวจิตร์ สุขศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :0 3861 3430 ต่อ 1106 โทรศัพท์มือถือ : 083 816 4040 โทรสาร : E-mail : Saph_ra@hotmail.com</p> <p>2. ชื่อ-สกุล นางสาวนิตยา จวบลอย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.ระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :0 3861 3430 ต่อ 1106 โทรศัพท์มือถือ : 081 051 5387 โทรสาร : E-mail : Snoopy_19nn@hotmail.com.</p>



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 :
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(PP&P Excellence)

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	MOU_02 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
คำนิยาม	การตายมารดาไทย หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิด ความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตัวชี้วัดย่อย 1. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 60 2. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75 3. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 65 4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก \geq ร้อยละ 70
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	ประเมินภาพ CUP (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 2. รวบรวมข้อมูลรายงาน CE-62 3. บันทึกข้อมูลการเกิดมีชีพในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองรวบรวมข้อมูล
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 2. หน่วยบริการส่งรายงาน CE-62 3. ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
รายการข้อมูล 1	เอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเฝ้าระวังการตายมารดาไทยของ CUP
รายการข้อมูล 2	เอกสารระบบเฝ้าระวัง/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด ระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ใน CUP
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนมารดาไทยตาย

รายการข้อมูล 4	B = จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																							
รายการข้อมูล 5	C = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์																							
รายการข้อมูล 6	D = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน																							
รายการข้อมูล 7	E = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์																							
รายการข้อมูล 8	F = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน																							
รายการข้อมูล 9	G = จำนวนหญิงหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์																							
รายการข้อมูล 10	H = จำนวนหญิงหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดครบ 42 วัน ในช่วงเวลาเดียวกัน																							
รายการข้อมูล 11	I = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก																							
รายการข้อมูล 12	J = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ในช่วงเวลาเดียวกัน																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย</p> $= A/B \times 100,000$ <p>2. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์</p> $= C/D \times 100$ <p>3. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์</p> $= E/F \times 100$ <p>4. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์</p> $= G/H \times 100$ <p>5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก</p> $= I/J \times 100$																							
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การตายมารดาไทย</td> <td>ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>23.02</td> <td>56.19</td> <td>37.31</td> </tr> <tr> <td>ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>70.05</td> <td>78.05</td> <td>70.09</td> </tr> <tr> <td>ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>61.04</td> <td>72.97</td> <td>64.35</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	การตายมารดาไทย	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	23.02	56.19	37.31	ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ	70.05	78.05	70.09	ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	61.04	72.97	64.35
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน																				
		2562	2563	2564																				
การตายมารดาไทย	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	23.02	56.19	37.31																				
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ	70.05	78.05	70.09																				
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	61.04	72.97	64.35																				

	หญิงหลังคลอดได้รับการ เยี่ยมหลังคลอด ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	61.23	70.81	71.66																														
	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	79.09	80.62	77.72																														
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน																																		
วิธีการประเมิน	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมเอกสารการดำเนินงาน 2.ข้อมูลการเฝ้าระวังมารดาไทยตายเปรียบเทียบกับเป้าหมายจากระบบฐานข้อมูล 3.แฟ้ม																																		
เกณฑ์การประเมิน	การดำเนินงาน 1. มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันปัญหาการตายมารดาไทย 2. มีการวางแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 3. มีช่องทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตายมารดาไทย 4. มีการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันปัญหาการตายมารดาไทย 5. มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และมีการใช้ CPG เพื่อการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 60 3. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง \geq ร้อยละ 75 4. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 65 <table border="1" data-bbox="406 1568 1404 1848"> <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>ดำเนินงาน</td> <td>ดำเนินงาน</td> <td>ดำเนินงาน</td> <td>ดำเนินงาน</td> <td>ดำเนินงาน</td> <td>ดำเนินงาน</td> </tr> <tr> <td>1-5</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ผลลัพธ์</td> <td>ผลลัพธ์</td> <td>ผลลัพธ์</td> <td>ผลลัพธ์</td> <td>ผลลัพธ์</td> <td>ผลลัพธ์</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> </tbody> </table>					3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	1-5	1-5	1-5	-	-	-	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	-	-	-	1-5	1-5	1-5
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																														
ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน																														
1-5	1-5	1-5	-	-	-																														
ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์																														
-	-	-	1-5	1-5	1-5																														
เกณฑ์การให้คะแนน : 3 5 และ 6 เดือน	คะแนนตามกระบวนการที่ดำเนินงาน																																		
: 9 10 และ 12 เดือน	นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 5																																		

คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
5 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
6 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
9 เดือน	1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	> 47	47	37	27	≤ 17
	2) Anc ก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ)	< 45	45	50	55	≥ 60
	3) Anc ครบ 5 ครั้ง (ร้อยละ)	< 45	45	55	65	≥ 75
	4) หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ)	< 35	35	45	55	≥ 65
	5) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็ก และโฟลิก (ร้อยละ)	< 50	55	60	65	≥ 70
รวมคะแนน		5คะแนน=1	10คะแนน=2	15คะแนน=3	20คะแนน=4	25คะแนน=5

10 เดือน	1) อัตราส่วนการ ตายมารดาไทย (ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน)	> 47	47	37	27	≤ 17
	2) Anc ก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ)	< 45	45	50	55	≥ 60
	3) Anc ครบ 5 ครั้ง (ร้อยละ)	< 45	45	55	65	≥ 75
	4) หญิงหลัง คลอดได้รับการ เยี่ยมหลังคลอด ครบ 3 ครั้ง ตาม เกณฑ์ (ร้อยละ)	< 35	35	45	55	≥ 65
	5) หญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟลิก (ร้อยละ)	< 50	55	60	65	≥ 70
รวมคะแนน		5 คะแนน =1	10คะแนน=2	15คะแนน=3	20คะแนน=4	25 คะแนน=5
12 เดือน	1) อัตราส่วนการ ตายมารดาไทย (ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน)	> 47	47	37	27	≤ 17
	2) Anc ก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ)	< 45	45	50	55	≥ 60

	3) Anc ครบ 5 ครั้ง (ร้อยละ)	< 45	45	55	65	≥ 75
	4) หญิงหลัง คลอดได้รับการ เยี่ยมหลังคลอด ครบ 3 ครั้ง ตาม เกณฑ์ (ร้อยละ)	< 35	35	45	55	≥ 65
	5) หญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟลิก (ร้อยละ)	< 50	55	60	65	≥ 70
	รวมคะแนน	5 คะแนน=1	10 คะแนน=2	15 คะแนน=3	20 คะแนน=4	25 คะแนน=5
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≤ ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน 4) ≥ ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน 5) ≥ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≤ ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน 4) ≥ ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน 5) ≥ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≤ ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน					

	<p>2) \geq ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>3) \geq ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน</p> <p>4) \geq ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน</p> <p>5) \geq ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \leq ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>3) \geq ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน</p> <p>4) \geq ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน</p> <p>5) \geq ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \leq ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>3) \geq ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน</p> <p>4) \geq ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน</p> <p>5) \geq ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \leq ร้อยละ 17 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>3) \geq ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน</p> <p>4) \geq ร้อยละ 65 ที่ 5 คะแนน</p> <p>5) \geq ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p>
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639</p> <p>E-mail address : Thachaphan2013@gmail.com</p>

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	MOU_03 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (สมวัยครั้งที่ 1) รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2)
เกณฑ์เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ 85 ตัวชี้วัดย่อย 1. คัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า \geq ร้อยละ 20 2. เด็กที่คัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม \geq ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง (Type 1,3)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมินภาพ CUP (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการคัดกรอง/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (สมวัยครั้งที่ 1) และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2)
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)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อทันที (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1)

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) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าตั้งแต่ 1 ด้านหรือมากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1) (1B261)ได้รับการติดตามเพื่อกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน																											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $A/B \times 100$ ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า = $C+D/E \times 100$ ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน = $F/C \times 100$ 																											
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>97.20</td> <td>97.55</td> <td>79.00</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า</td> <td>ร้อยละ</td> <td>14.90</td> <td>23.60</td> <td>38.55</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>82.29</td> <td>93.67</td> <td>92.22</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	97.20	97.55	79.00	เด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	14.90	23.60	38.55	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	ร้อยละ	82.29	93.67	92.22
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																										
		2562	2563	2564																								
เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	97.20	97.55	79.00																								
เด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	14.90	23.60	38.55																								
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	ร้อยละ	82.29	93.67	92.22																								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน																											
วิธีการประเมิน	ข้อมูลการคัดกรอง/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กเปรียบเทียบกับเป้าหมายจากระบบฐานข้อมูล																											
เกณฑ์การประเมิน	ผลลัพธ์ <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ 85 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า \geq ร้อยละ 20 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม \geq ร้อยละ 90 																											

	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ 1-3	ผลลัพธ์ 1-3	ผลลัพธ์ 1-3	ผลลัพธ์ 1-3	ผลลัพธ์ 1-3	ผลลัพธ์ 1-3
เกณฑ์การให้คะแนน : 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	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
5 เดือน	1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 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) เด็กมีพัฒนาการสมวัย	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
9 เดือน	1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20

	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
10 เดือน	1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
12 เดือน	1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย	< 55	55	65	75	≥ 85
	2) คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน					

	<p>รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 85 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p>
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>นางสาวธชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E-mail address : Thachaphan2013@gmail.com</p>

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	MOU_04 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 64 ตัวชี้วัดย่อย-ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง \geq ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมินภาพ CUP (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงลงในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลด้วยฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมดในระยะเวลาเดียวกัน
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดในระยะเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>$= A/B \times 100$</p> <p>2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง</p>

	= B/C x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	64.90	73.53	69.04	
	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง	ร้อยละ	49.18	66.62	47.88	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงเด็ก เปรียบเทียบกับเป้าหมายจากระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
เกณฑ์การประเมิน	การดำเนินการ					
	1. มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) สูงดีสมส่วน					
	2. มีการวางแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง					
	3. มีช่องทางการสื่อสารเพื่อเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน					
4. มีการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน						
5. มีฐานข้อมูลเด็กปฐมวัยในพื้นที่ และมีการใช้ CPG เพื่อการดูแลและส่งต่อกรณีเด็กปฐมวัย มีปัญหาด้านโภชนาการ						
ผลลัพธ์						
1. เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 64						
2. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง \geq ร้อยละ 90						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน	ดำเนินงาน
	1-5	1-5	1-5	-	-	-
	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์
	-	-	1-2	1-2	1-2	1-2
เกณฑ์การให้คะแนน	3 และ 5 เดือน	คะแนนตามกระบวนการที่ดำเนินงาน				
	6 เดือน	นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 3				
	9 10 และ 12 เดือน	นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 2				

คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
5 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
6 เดือน	กระบวนการ	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ
	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ)	< 48	52	56	60	≥ 64
	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัด ความยาว/ส่วนสูง (ร้อยละ)	< 50	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
9 เดือน	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ)	< 48	52	56	60	≥ 64
	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัด ความยาว/ส่วนสูง (ร้อยละ)	< 50	60	70	80	≥ 90
	รวมคะแนน	2 คะแนน=1	4 คะแนน=2	6 คะแนน=3	8 คะแนน=4	10 คะแนน=5

10 เดือน	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ)	< 48	52	56	60	≥ 64
	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัด ความยาว/ส่วนสูง (ร้อยละ)	< 50	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		2 คะแนน=1	4 คะแนน=2	6 คะแนน=3	8 คะแนน=4	10 คะแนน=5
12 เดือน	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ)	< 48	52	56	60	≥ 64
	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัด ความยาว/ส่วนสูง (ร้อยละ)	< 50	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		2 คะแนน=1	4 คะแนน=2	6 คะแนน=3	8 คะแนน=4	10 คะแนน=5
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 และผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) ≥ ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน 2) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน					

<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 และผลลัพธ์</p> <p>1) \geq ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์</p> <p>1) \geq ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์</p> <p>1) \geq ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์</p> <p>1) \geq ร้อยละ 64 ที่ 5 คะแนน</p> <p>2) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639</p> <p>E-mail address : Thachaphan2013@gmail.com</p>

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัด	MOU_05 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50 ขึ้นไป)				
คำนิยาม	เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีเต็มจนถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ฟัน น้ำนมไม่มีริ้วผุ ไม่เคยสูญเสียฟันน้ำนมจากโรคฟันผุ และไม่มีฟันน้ำนมที่ได้รับการอุดฟัน (d=0 , m=0 , f=0)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 75				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีเต็มจนถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รวบรวมรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข (หัวข้อกลุ่มรายงานมาตรฐาน/ข้อมูลเพื่อ ตอบสนอง service plan / สาขาสุขภาพช่องปาก / ชื่อรายงาน 18. ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่อง ปาก / 18.2. OHSP ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม --->> เกณฑ์เป้าหมายใช้ ผลต่างส่วนกลับในการคำนวณ)				
รายการข้อมูล 1	A หมายถึงจำนวนเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีเต็มจนถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรแล้วพบว่า ไม่มีฟันน้ำนม อุด ถอน [ปราศจากฟันผุ (caries free)]				
รายการข้อมูล 2	B หมายถึงจำนวนเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีเต็มจนถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร				
รายการข้อมูล 3	C หมายถึงจำนวนเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีเต็มจนถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) x 100 = ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) (B/C) x 100 = ร้อยละความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ	67.15	75.73	71.02
	ตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	25.10	27.07	20.88

ระยะเวลา ประเมินผล	ต.ค.64 – ก.ย. 65						
วิธีการประเมิน	รวบรวมรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข						
เกณฑ์การประเมิน	หัวข้อ	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ ปราศจาก ฟันผุ	75	75	75	75	75	75
	ร้อยละ ความ ครอบคลุม การตรวจ สุขภาพช่อง ปาก	12.5	21	25	37.5	42	50
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 5	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 7.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 12.5		
5 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 8.5	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 12.75	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 16.75	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 21		

6 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 15	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 20	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 25
9 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 7.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 15	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 22.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 30	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 37.5
10 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 8.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 17	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 25.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 33.5	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 42
12 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 20	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 30	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ 40	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบคุณภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 50

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 5	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 7.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 12.5
5 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 8.5	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 12.75	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 16.75	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 21
6 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 15	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 20	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 25
9 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 7.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 15	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 22.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 30	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 37.5

10 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 8.5	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 17	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 25.5	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 33.5	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 42
12 เดือน	ร้อยละ 15 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 10	ร้อยละ 30 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 20	ร้อยละ 45 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 30	ร้อยละ 60 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 40	ร้อยละ ≥ 75 และความ ครอบคลุมการ ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ≥ 50
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 12.5 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 25 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 37.5 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 42 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 12.5 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21 ขึ้นไป) ที่ 5 คะแนน				

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ตัวชี้วัด	MOU_06 ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน (6 - 14 ปี)											
คำนิยาม	<p>เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาสและมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>สูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>สูงตี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับที่สมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย มีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูง</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > +2 S.D. ขึ้นไป</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D.</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน</td> <td>66</td> <td>66</td> <td>66</td> </tr> </tbody> </table>				ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน	66	66	66
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน	66	66	66									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6 - 14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3 ทุกสังกัด											
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงานและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)											

รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน													
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม													
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน													
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย													
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง													
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง													
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด													
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ													
รายการข้อมูล 9	B1 = จำนวนเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด													
รายการข้อมูล 10	B1 = จำนวนเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด													
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$ 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$ 5. ความครอบคลุม = $(A1/B1) \times 100$ = $(B1/B2) \times 100$ 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A1/B1) \times 100$ = $(A5/B3)$ 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A1/B1) \times 100$ = $(A6/B4)$ 													
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline Data</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 50%;">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th style="width: 16.6%;">2562</th> <th style="width: 16.6%;">2563</th> <th style="width: 16.6%;">2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>61.50</td> <td>74.59</td> <td>70.12</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	61.50	74.59	70.12
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2562	2563	2564										
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	61.50	74.59	70.12										
ระยะเวลา ประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียนช่วงสถานการณ์โควิด คือ ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซังน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซังน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., กพ.													
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 66													
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ระดับอำเภอ/ตำบล มีการดำเนินงานดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงาน โดยมี PM ระดับอำเภอขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่													

	<p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนทั้งเด็กปกติและเด็กพิเศษ (อ.เมืองระยอง มี ๒ แห่ง ได้แก่ โรงเรียนระยองปัญญานุกูล ต.บ้านแลง และศูนย์ศึกษาพิเศษประจำจังหวัดระยอง ต.ทับมา) เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหา ทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในภาพรวม และผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และ ทัศนสุขภาพ ภายใต้ความรู้ด้านสุขภาพ (HLS) อำเภอละ 1 โรงเรียน</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนทั้งเด็กปกติ และเด็กพิเศษ (อ.เมืองระยอง มี ๒ แห่ง ได้แก่ โรงเรียนระยองปัญญานุกูล ต.บ้านแลง และศูนย์ศึกษาพิเศษประจำจังหวัดระยอง ต.ทับมา) เน้นการจัดการภาวะปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> จัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมความรู้สุขภาพเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทัศนสุขภาพ และสุขอนามัย จำนวน 12 เรื่อง/ปี เช่น รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง ในวันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา และสุขภาพช่องปาก</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> หน่วยงานในพื้นที่ ร่วมกับโรงเรียนดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลในระบบ HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ</p> <p>และประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการ สูงตีสมส่วน อ้วน ผอม เตี้ย ในภาพพื้นที่และอำเภอ</p> <p>ระดับจังหวัด มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> จัดตั้งคณะทำงาน โดยมี PM ระดับจังหวัดขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในจังหวัด</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน</p>
--	--

	<p>ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยเรียนและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) ให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 ประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการ สูงดีสมส่วน อ้วน ผอม เตี้ย ในภาพจังหวัด</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน 2.ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมายเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
หมายเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html PDF : nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3/index.pdf 2.สื่อ NuPETHS Animation 3.แผ่นพับโภชนาการดี สูงดีสมส่วน 4.แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย 5.แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC 6.คู่มือผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kid Coacher) 7.แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 8.หนังสืออยากผอม มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 9.หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 10.หนังสือเมนูผักกุกน้อย 4 ภาค 11.หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน 12.คู่มือสมัครรับรางวัลองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพ ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทย สูง สมส่วน แข็งแรง ด้วยกิจกรรมทางกาย อาหารและการนอนหลับ 13.วิถีทัศน์การส่งเสริมเด็กไทยสูงดี สมส่วน แข็งแรง ด้วยกิจกรรมทางกาย อาหารและการนอนหลับ 14.วิถีทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โรลอัฟ ส่งเสริมการออกกำลังกายจิตใจ FUN for FIT แอโรบิก ทำฝัน ชุดที่1,2 และลดโรคเพิ่มสุขกับนวัตกรรมออกกำลังกายเข้าขี้พุง 15.ฉากป้าย แบนดรอป (Backdrop) ลดโรคเพิ่มสุขกับนวัตกรรมออกกำลังกายเข้าขี้...ขี้พุง, ป่วยแน่...ถ้าเนือยนิ่ง PA หยุดป่วย...หยุดแก่, โขป่า แอนด์ ชายด์ป่า เกมส์ลดเรียน เพิ่มรู้ สู่อเซียน, จิงใจ้ FUN for FIT และจิงใจ้ยึดตัว ชุดที่ 1,2 16. สื่อเสริมสร้างความความฉลาดทางการเคลื่อนไหว www.chapachipa.org

ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3861 3735 ต่อ 2103 E-mail : chanatip.jim@gmail.com งานวิจัยเรียน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 08 1758 627 0
---------------------------	---	---

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย						
ตัวชี้วัด	MOU_07 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี						
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน						
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล						
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกในระบบ 43 แฟ้ม						
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 - 19 ปี						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 - 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน		
		2562	2563	2565			
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี	ร้อยละ	21.93	23.46	14.50		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3,5,6,9,10,11,12 เดือน						
วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง						
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	11 เดือน	12 เดือน
	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25	ไม่เกิน25
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	≥45	40	35	30	≤25		
5 เดือน	≥45	40	35	30	≤25		
6 เดือน	≥45	40	35	30	≤25		
9 เดือน	≥45	40	35	30	≤25		
10 เดือน	≥45	40	35	30	≤25		

11 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
12 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
5 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
6 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
9 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
10 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
11 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
12 เดือน	≥45	40	35	30	≤25
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ทุกรอบการประเมิน ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 -19 ปี 1,000 คน ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ทุกรอบการประเมิน ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 -19 ปี 1,000 คน ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 1758 6270 E-mail : chanatip.jim@gmail.com				

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย						
ตัวชี้วัด	MOU_08 ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)						
คำนิยาม	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง หมายถึง หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มา รับบริการคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)						
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)						
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล 9 แห่ง						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ภายใน 42 วันหลังคลอดหรือแท้งบุตร จากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง						
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัด ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)						
รายการข้อมูล 1	A หมายถึง จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)						
รายการข้อมูล 2	B หมายถึง จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ภายใน 42 วัน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน		
			ร้อยละ		2562	2563	2564
					61.43	58.95	47.78
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3,5,6,9,10,12 เดือน						
วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง						
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
5 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
6 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
9 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
10 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
12 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
5 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
6 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
9 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
10 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
12 เดือน	≤40	50	60	70	≥80
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ทุกรอบการประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ที่ 5 คะแนน				ร้อยละ
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ทุกรอบการประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ที่ 5 คะแนน				ร้อยละ
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103		มือถือ 08 1758 6270		
	E-mail : chanatip.jim@gmail.com				

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัด	MOU_09 ร้อยละของอำเภอที่มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE				
คำนิยาม	อำเภอ TO BE NUMBER ONE คือ อำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ คือครบองค์ประกอบ 3 ก (กรรมการ กองทุน กิจกรรม) ตามแนวทาง 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1.ยุทธศาสตร์การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2.ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน 3.ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของอำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอทุกอำเภอในจังหวัดระยอง				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาล/สสอ.ทุกแห่ง (CUP)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากพื้นที่/แบบรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผลการดำเนินงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดระยอง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์	ร้อยละ	-	12.5 (1 อำเภอ)	12.5 (1 อำเภอ)
ระยะเวลา ประเมินผล	3,5,6,9,10,12 เดือน				
วิธีการประเมิน	สถานบริการ (โรงพยาบาล สสอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน)จัดส่งข้อมูลตามแบบรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE รวบรวมประมวลผล โดยเลขาธิการคณะทำงานระดับจังหวัด				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ขั้นตอนที่1	ขั้นตอนที่	ขั้นตอนที่	ขั้นตอนที่	ขั้นตอนที่	ขั้นตอนที่
	ข้อ 1-5	1-2	1-3	1-4	1-5 (ร้อยละ100)	1-5 (ร้อยละ100)

เกณฑ์การให้คะแนน

ขั้นตอนที่1. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับ/อำเภอ/ชุมชน/สถานศึกษา

- 1.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ
- 1.2 คณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ
- 1.3 มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
- 1.4 มีการประชุมชี้แจงมอบนโยบายการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ให้ทุกภาคส่วนรับทราบเพื่อนำไปปฏิบัติ
- 1.5 มีศูนย์ประสานงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่2. มีนโยบายและแผนการดำเนินงานครบตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE

- 2.1 มีนโยบายการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
- 2.2 มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานระดับอำเภอ
- 2.3 มีแผน/ กิจกรรมการดำเนินงาน
- 2.4 แผน/ กิจกรรมการดำเนินงานครอบคลุมยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ชัดเจน และ ต่อเนื่อง ระบุรายละเอียดกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลาเป้าหมาย งบประมาณ และผู้รับผิดชอบชัดเจน
- 2.5 มีการดำเนินงานเป็นไปตามช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ขั้นตอนที่3. มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

- 3.1 กำหนดให้โครงการ TO BE NUMBER ONE เป็นวาระของอำเภอ
- 3.2 มีวาระการประชุมเรื่องการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในการ ประชุมคณะกรรมการ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ
- 3.3 มีระบบกำกับ และติดตามประเมินผลความสำเร็จ
- 3.4 มีการดำเนินงานโดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3.5 มีระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

- 4.1 มีฐานข้อมูลสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เป็นปัจจุบัน ระดับอำเภอ
- 4.2 มีฐานข้อมูลชมรม TO BE NUMBER ONE ที่เป็นปัจจุบัน ระดับอำเภอ
- 4.3 มีฐานข้อมูลศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ที่เป็นปัจจุบัน ระดับอำเภอ

4.4 มีข้อมูลผลงานประจำปีของแต่ละยุทธศาสตร์ให้เห็นความต่อเนื่องยั่งยืน 4.5 มีการรายงานผลการดำเนินงานให้จังหวัดทราบอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5. ผลการดำเนินงาน และผลสำเร็จเป็นรูปธรรม

5.1 สัดส่วนจำนวนสมาชิกในกลุ่มเป้าหมายในอำเภอ 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 ในสถานศึกษา และชุมชน เข้าร่วมการประกวดเพื่อคัดเลือกระดับจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ภาพรวมแต่ละหน่วยงาน	3 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-5
	5 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-5
	6 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-5
	9 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-5
	10 เดือน	ขั้นตอน/ ร้อยละ	ขั้นตอนที่ 5. จำนวน 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 จำนวน 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5. จำนวน 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5. จำนวน 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 . ผ่าน 5 ข้อ (ร้อยละ 100)
	12 เดือน	ขั้นตอน/ ร้อยละ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.ผ่าน 5 ข้อ (ร้อยละ 100)

เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด	คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	3 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1-5
	5 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 2 ข้อ 1-5
	6 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 3 ข้อ 1-5
	9 เดือน	กระบวนการ	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-2	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-3	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-4	ขั้นตอนที่ 4 ข้อ 1-5
	10 เดือน	ขั้นตอน/ ร้อยละ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.ผ่าน 5 ข้อ (ร้อยละ100)
	12 เดือน	ขั้นตอน/ ร้อยละ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.จำนวน 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5.ผ่าน 5 ข้อ (ร้อยละ100)
หมายเหตุ							
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>นายธนระวีชต์ นามผลดี ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขอาวุโส</p> <p>กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ มือถือ 06- 1587-8887</p> <p>E-mail pizza2514@hotmail.com</p>						

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)					
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย					
ตัวชี้วัด	MOU_10 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ					
คำนิยาม	<p>วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18-59 ปี 0 เดือน 29 วัน</p> <p>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) มีค่าเท่ากับ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง</p> $\text{ค่าดัชนีมวลกาย BMI} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66			
	ร้อยละ 54	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ					
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 ที่มี BMI ปกติ (18.5 – 22.9)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ = $(A \div B) \times 100$					
	BMI	<18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30
		ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	-	46.09	46.20	

	หมายเหตุ : ร้อยละความครอบคลุมจำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ปี 2564 = 54.11					
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานประมวผล 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 มี BMI ปกติ ร้อยละ 50 (ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก + ประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 มี BMI ปกติ) ÷ 2 = ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	2	4	6	8	<10	
5 เดือน	2	4	6	8	10	
6 เดือน	12	14	16	18	20	
9 เดือน	22	24	26	28	30	
10 เดือน	32	34	36	38	40	
12 เดือน	42	44	46	48	50	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : จำนวนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	2	4	6	8	10	
5 เดือน	2	4	6	8	10	
6 เดือน	12	14	16	18	20	

9 เดือน	22	24	26	28	30
10 เดือน	32	34	36	38	40
12 เดือน	42	44	46	48	50
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 65,207$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 5 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 130,414$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 6 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 195,621$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 9 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 260,828$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 10 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 326,035$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 12 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 391,242$			ที่ 5 คะแนน	
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 65,207$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 5 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 130,414$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 6 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 195,621$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 9 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 260,828$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 10 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 326,035$			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 12 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 391,242$			ที่ 5 คะแนน	
หมายเหตุ	ประชากร type 1 และ type 3 ในพื้นที่				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735 E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com				

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ตัวชี้วัด	MOU_11 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan			
คำนิยาม	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย /หรือผ่านการประเมินผ่านระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 80 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 85 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 90 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 95 (ทั่วประเทศ)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</p> <p>2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</p>			
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/PCC สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p> <p>พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย</p>			

	การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)				
แหล่งข้อมูล	Blue Book Application กรมอนามัย ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	61.45	92.93	91.76
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)				
วิธีการประเมิน	1. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการวางแผนการพัฒนาระบบการประเมินคัดกรอง/การจัดทำ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Care Plan Online 2. ระดับอำเภอ สามารถจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน และการพัฒนา ทักษะบุคลากรให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 3. ผลงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย รายไตรมาส ตามค่าเป้าหมายรอบ 3 เดือน 5 เดือน 9 เดือน และรอบ 12 เดือน				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 50	50 - 54.99	55 - 59.99	60 - 64.99	≥ 65	
5 เดือน	< 55	55 - 59.99	60 - 64.99	65 - 69.99	≥ 70	
6 เดือน	< 60	60 - 64.99	65 - 69.99	70 - 74.99	≥ 75	
9 เดือน	< 65	65 - 69.99	70 - 74.99	75 - 79.99	≥ 80	
10 เดือน	< 70	70 - 74.99	75 - 79.99	80 - 84.99	≥ 85	
12 เดือน	< 75	75 - 79.99	80 - 84.99	85 - 89.99	≥ 90	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 50	50 - 54.99	55 - 59.99	60 - 64.99	≥ 65	
5 เดือน	< 55	55 - 59.99	60 - 64.99	65 - 69.99	≥ 70	
6 เดือน	< 60	60 - 64.99	65 - 69.99	70 - 74.99	≥ 75	
9 เดือน	< 65	65 - 69.99	70 - 74.99	75 - 79.99	≥ 80	
10 เดือน	< 70	70 - 74.99	75 - 79.99	80 - 84.99	≥ 85	
12 เดือน	< 75	75 - 79.99	80 - 84.99	85 - 89.99	≥ 90	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
	รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	65	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	70	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 6 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	75	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 9 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	80	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 10 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	85	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 12 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	90	ที่ 5	คะแนน	
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้					
	รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	65	ที่ 5	คะแนน	
	รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน	70	ที่ 5	คะแนน	

	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 75 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 85 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 90 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีตะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เบอร์โทร 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 0 9455 95144 E mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	<p>MOU_12 ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ</p> <p>ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ยกเว้น ผู้สูงอายุที่แพทย์ให้จำกัดน้ำดื่ม เช่น ผู้สูงอายุโรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง หรือเมื่อเจ็บป่วยทั่วไป เช่น มีไข้ ไอ จาม ปวดเมื่อยตามตัว สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ เช่น สามารถกินยาสามัญประจำบ้านได้ด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นสามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ได้) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง ต่อคืน 8. การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันก่อนนอน โดยไม่รับประทานอะไรอีก ยกเว้นน้ำเปล่าจนกระทั่งเข้านอน <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยาน

	หรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว(ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561 –2573					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุกลุ่มติดสังคมในระบบ Health Data Center (HDC)					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	1.รพ.ทั่วไปทุกแห่ง/PCC 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Application Blue book					
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูล Application Blue book 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
				-	15.46	33.94
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565					
วิธีการประเมิน	คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Blue Book					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 10	10 - 14.99	15 - 19.99	20 - 24.99	\geq 25	
5 เดือน	< 15	15 - 19.99	20 - 24.99	25 - 29.99	\geq 30	
6 เดือน	< 20	20 - 24.99	25 - 29.99	30 - 34.99	\geq 35	
9 เดือน	< 25	25 - 29.99	30 - 34.99	35 - 39.99	\geq 40	

10 เดือน	< 30	30 - 34.99	35 - 39.99	40 - 44.99	≥ 45
12 เดือน	< 35	35 - 39.99	40 - 44.99	45 - 49.99	≥ 50
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 10	10 - 14.99	15 - 19.99	20 - 24.99	≥ 25
5 เดือน	< 15	15 - 19.99	20 - 24.99	25 - 29.99	≥ 30
6 เดือน	< 20	20 - 24.99	25 - 29.99	30 - 34.99	≥ 35
9 เดือน	< 25	25 - 29.99	30 - 34.99	35 - 39.99	≥ 40
10 เดือน	< 30	30 - 34.99	35 - 39.99	40 - 44.99	≥ 45
12 เดือน	< 35	35 - 39.99	40 - 44.99	45 - 49.99	≥ 50
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 25			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 30			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 35			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 40			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 45			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 50			ที่ 5 คะแนน	
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 25			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 30			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 35			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 40			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 45			ที่ 5 คะแนน	
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 50			ที่ 5 คะแนน	
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีตะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เบอร์โทร 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 0 9455 95144 E mail : songserm011rayong@gmail.com				

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. องค์กรประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application ด้วย 2 กิจกรรม คือ ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปโภคการจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น</p> <p>องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่ม จากกลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม</p> <p>องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan ข้อมูลการประเมิน</p>

	ตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
	ร้อยละ 80 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 95 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 98 (ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 100 (ทั่วประเทศ)	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)				
แหล่งข้อมูล	- Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565 B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564 D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565				
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$ หมายเหตุ A = $(B+C+D) /100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
			46.55	84.46	96.55

ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)					
วิธีการประเมิน	1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน 3. ศูนย์อนามัยเขตสู่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 45	45 - 54.99	55 - 64.99	65 - 74.99	≥ 75	
5 เดือน	< 50	50 - 59.99	60 - 69.99	70 - 79.99	≥ 80	
6 เดือน	< 55	55 - 64.99	65 - 74.99	75 - 84.99	≥ 85	
9 เดือน	< 60	60 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	≥ 90	
10 เดือน	< 65	65-74.99	75-84.99	85-94.99	≥ 95	
12 เดือน	< 68	68-77.99	78-87.99	88-97.99	≥ 98	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 45	45 - 54.99	55 - 64.99	65 - 74.99	≥ 75	
5 เดือน	< 50	50 - 59.99	60 - 69.99	70 - 79.99	≥ 80	
6 เดือน	< 55	55 - 64.99	65 - 74.99	75 - 84.99	≥ 85	
9 เดือน	< 60	60 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	≥ 90	
10 เดือน	< 65	65-74.99	75-84.99	85-94.99	≥ 95	
12 เดือน	< 68	68-77.99	78-87.99	88-97.99	≥ 98	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 75 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 85 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 95 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 98ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 75 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 85 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 95 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน 98 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีตะ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เบอร์โทร 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 0 9455 95144 E mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)															
โครงการ	2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย															
ตัวชี้วัด	<p>MOU_13 (PA_S_01) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>															
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย : 7.1 และ 7.2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7.1 ภาวะสมองเสื่อม</td> <td>≥ ร้อยละ 30</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>7.2 ภาวะหกล้ม</td> <td>≥ ร้อยละ 30</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>				รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	7.1 ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	7.2 ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67													
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50													
7.2 ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป															
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>															
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม															

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2563
	-	-	-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)				
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์				
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 30
	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 30
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 10	10-14.99	15-19.99	20-24.99	≥25
6 เดือน	< 13	13-17.99	18-22.99	23-27.99	≥28
9 เดือน	< 15	15-19.99	20-24.99	25-29.99	≥30
10 เดือน	< 15	15-19.99	20-24.99	25-29.99	≥30
12 เดือน	< 15	15-19.99	20-24.99	25-29.99	≥30
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 10	10-14.99	15-19.99	20-24.99	≥25
6 เดือน	< 13	13-17.99	18-22.99	23-27.99	≥28
9 เดือน	< 15	15-19.99	20-24.99	25-29.99	≥30

แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการ	3. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร		
ตัวชี้วัด	MOU_14 จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ		
คำนิยาม	<p>1. การดำเนินการความรู้สุขภาพ สำหรับปี 2565 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพวิถีใหม่ 3อ.”</p> <p>2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว</p> <p>2.2 เข้าใจ ด้วยการ screening & assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H4U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ</p> <p>2.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกาย ด้วยก้าวทำใจ การควบคุมแคลอรีด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต</p> <p>คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior</p> <p>คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application 10 Packages (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H4U, สาวไทยแก้มแดง, ไอโอดีน, Food4Health ฯลฯ</p> <p>บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	5,000,000 ครอบครัว	10,000,000 คน	10,000,000 คน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรไทยทุกคน โดยตั้งค่าเป้าหมายปี 2565 จำนวน 10 ล้านคน (ประเทศ) เขตสุขภาพที่ 6=31,614 คน จังหวัดระยอง (จ.ระยอง 1%) = 3,904 คน รวมทุกช่วงอายุ โดยเน้น 3 setting ต่อไปนี้</p> <p>1. ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ</p> <p>2. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม.</p> <p>3. นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา</p>		
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	<p>โรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การดำเนินการ</p> <p>1. การรับสมัครให้เข้ามา register ผ่าน Application ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ</p>		

	<p>1.1 ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสมัคร platform ครอบรู้สุขภาพผ่าน Application</p> <p>1.2 โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงาน ประกันสังคมจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) 7 หน่วยงาน ที่ร่วมดำเนินการ 10 packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานในสถานประกอบการ ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดกิจกรรม kick off ระดับจังหวัด โดยศูนย์อนามัยและ สสจ บูรณาการร่วมกับ แผน ของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้ สสอ ทุกอำเภอได้ศึกษานำไปขยายต่อใน ทุกอำเภอต่อไป - กรมอนามัยสนับสนุนรายการต่อไปที่สามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ ประกอบด้วย แบบหนังสือแจ้งผู้ประกอบการที่ลงนามโดยหน่วยงานในพื้นที่ แบบโปสเตอร์สมัครสถาน ประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ โดย แบ่งระดับดังนี้ - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน หมายถึง เจ้าของสถานประกอบการหรือ แกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ เชิญชวนสมาชิกสมัครใน Application ก้าวทำใจ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 50 ดำเนินการตามบนระบบออนไลน์ - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน หมายถึง ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการ ส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน และได้ดำเนินการ 10 packages อย่างน้อย 3 packages - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพดีเด่น หมายถึง ผ่านสถานประกอบการส่งเสริม สุขภาพมาตรฐาน และมีการขยายเครือข่าย <p>1.3 โรงเรียน ประสานผ่านครูอนามัย งานอนามัยโรงเรียน</p> <p>ทั้งนี้สามารถใช้ข้อมูล Dash board เพื่อรายงานการลงทะเบียนรายหน่วยงานได้ เพราะใน การลงทะเบียนสามารถระบุกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการได้ โดยเชิญชวนให้สมัครและเข้าถึง ความรอบรู้ในแอปก้าวทำใจ</p> <p>การลงทะเบียนสร้างเสริมความรู้วิถีใหม่ 3อ. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และกรมอนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dash board โดย สามารถระบุได้ตามศูนย์อนามัยเขต รายจังหวัดและรายอำเภอ</p> <p>มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้</p> <p>Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ)</p> <p>ขั้นตอนดังนี้</p> <p>1. เข้า https://activefam.anamai.moph.go.th/ หรือ</p>
--	---

<https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน

2. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application ก้าวทำใจ

ชื่อ-นามสกุล : น.ส.สุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590-4413 โทรศัพท์มือถือ 08 9459 4451

Application 10 Packages ประกอบด้วย 3 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า doh.hpc.go.th/screen/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “login”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้เพื่อเข้าสู่ระบบ

โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://apps.hpc.go.th/checkup>
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สถานประกอบการสมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “เข้าสู่ระบบสถานประกอบการ”
4. เข้าสู่หัวข้อ “ตรวจสุขภาพ” แล้วเลือกหัวข้อ “ลงทะเบียนบุคคล”
5. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ สามารถจัดการข้อมูลรายละเอียดได้ตามหัวข้อ ดู, แบ่งปัน, แก้ไข, ลบข้อมูล

โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “Login เข้าสู่ระบบ”
4. เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าใช้โปรแกรม

โปรแกรม Thai Fit Stop Fat ขั้นตอนดังนี้

1. เข้าโปรแกรม Line ค้นหาเพื่อนโดยพิมพ์ @thaifitstopfat
2. คลิกปุ่มลงทะเบียน

3. กรอกข้อมูลทั่วไป
4. บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ทุกสัปดาห์
5. กดปุ่มประวัติการบันทึกเพื่อดูข้อมูลการวิเคราะห์เบื้องต้น
6. หรือสแกน QR Code เข้าโปรแกรม



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application 10 Packages

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวกมลนิตย์ มาลัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4521 โทรศัพท์มือถือ 08 7074 8549

Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป)
ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://doh.hpc.go.th/bseApp/>
2. เข้าหัวข้อที่ 1 ขั้นตอนในการใช้โปรแกรม มีหัวข้อให้เลือกตามสถานะดังนี้
 - 1 ตรวจสอบรายชื่อว่าอยู่ในฐานข้อมูลหรือไม่
 - 2 ถ้าไม่พบ ให้ทำการลงทะเบียนสมัครสมาชิกใหม่
- 3 Login เข้าสู่ระบบ
 1. Username = “เลข 13 หลัก” หรือจะใช้ “ชื่อ นามสกุล” ก็ได้
 2. Password = วันเดือนปีเกิด เช่น
เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2512 = 01022512 หรือจะใช้เบอร์โทรศัพท์ก็ได้ (กรณีที่ได้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์เข้าไปแล้ว)
- 4 ทำรายการตรวจเต้านมประจำเดือน
- 5 ดูบันทึกการตรวจเต้านม
3. หรือเข้า QR Code เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสมัคร



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application BSE

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวศิรินทรา พิณีกุล สำนักส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4522 โทรศัพท์มือถือ 09 71376 927

Application H4U Plus (การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน) ขั้นตอนดังนี้

1. ดาวน์โหลด Application H4U Plus ได้ทั้งระบบ IOS และ Android



2. เข้าสู่ Application H4U plus เลือกหัวข้อแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่ข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application H4U Plus

ชื่อ-นามสกุล : ทันตแพทย์หญิงนันทมนัส แยมบุตร สำนักทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4215

โทรศัพท์มือถือ 08 1485 0402

Googleform สาวไทยแถมแดง

1. แสแกน QR Code



2. กรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม
3. ยืนยันการส่งข้อมูล

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Googleform สาวไทยแถมแดง

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวอารีญา กรุดเงิน

สำนักโภชนาการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4334

โทรศัพท์มือถือ 09 6661 3663

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

1. เข้า <https://checkin.dmh.go.th/index.php>
2. เลือกโปรแกรมที่ต้องการประเมิน



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

ชื่อ-นามสกุล : นายปองพล ชุชนะโชติ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

โทรศัพท์ที่ทำงาน - โทรศัพท์มือถือ 08 9635 4828

การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงาน
สุขภาพดีในสถานประกอบการ แต่ละ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ)

มีขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ <https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน
2. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



Application 10 Packages

(โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมเฝ้าระวัง
สุขภาพตนเอง (Self-monitoring) และโปรแกรม Thai Fit Stop Fat)

1. เข้าสู่ระบบ doh.hpc.go.th/screen/registerSum_region.php
2. ข้อมูล App คือ กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม

Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ขั้นตอนดังนี้

1. Log in ด้วยรหัสสถานพยาบาล
2. เปิดดูข้อมูล BSE ที่ผิดปกติของประชาชนในพื้นที่ในพื้นที่รับผิดชอบ
3. ติดตามเพื่อให้มาตรวจยืนยัน
4. ถ้า CBE แล้วผิดปกติ ส่งต่อ
5. ใสผลการดำเนินงานผ่าน Application มาได้

** สามารถดู

1. รายชื่อผู้ทำรายการผ่าน BSE Application ได้
2. สรุป BSE รายเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลได้

6. หรือเข้า QR Code เข้าสู่ขั้นตอนการประมวลผลจำนวนคนที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน Application



Googleform สวไทยแก้มแดง

สำนักโภชนาการจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

แพลตฟอร์มไอโอดีน

1. เข้า <http://203.157.71.149/h/iodine/menu>
2. เลือกหัวข้อ สำหรับประชาชน หรือสำหรับเจ้าหน้าที่
3. เลือกหัวข้อต่าง ๆ ตามต้องการ เช่น หาไอโอดีนได้จากที่ไหน แผนที่ไอโอดีน ความรู้เรื่องไอโอดีน ฯลฯ

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน แพลตฟอร์มไอโอดีน

ชื่อ-นามสกุล : นางสาววิภาศิริ สุวรรณผล

สำนักโภชนาการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4335

โทรศัพท์มือถือ 09 8263 9591

Application Food4Health

(สื่อเมนูสุขภาพและการรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์)

โครงการจัดการสภาพแวดล้อมและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อมวัยทำงานสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี

web application ใช้งานผ่านมือถือ

1. เข้า <https://f4h.anamai.moph.go.th>

หรือ สแกน QR Code



2. ลงทะเบียนเข้าใช้งาน กรอกข้อมูลชื่อนามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชนหรือหมายเลขโทรศัพท์ น้าหนัก และส่วนสูง ที่อยู่ ระดับการใช้พลังงาน และข้อมูลอื่น

วิธีการประเมิน	รายงานผลการลงทะเบียนจากแบบรายงานศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม. ,ระบบ H4U แอปพลิเคชัน ก้าวทำใจ					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	65,207 คน	130,414 คน	195,621 คน	260,828 คน	326,035 คน	391,242 คน
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : จำนวนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤13,041 คน	≥26,082 คน	≥39,124 คน	≥52,165 คน	≥65,207 คน	
5 เดือน	≤26,083 คน	≥52,165 คน	≥78,248 คน	≥104,331 คน	≥130,414 คน	
6 เดือน	≤39,124 คน	≥78,248 คน	≥117,372 คน	≥156,497 คน	≥195,621 คน	
9 เดือน	≤52,166 คน	≥104,332 คน	≥156,497 คน	≥208,663 คน	≥260,828 คน	
10 เดือน	≤65,207 คน	≥130,414 คน	≥195,621 คน	≥260,828 คน	≥326,035 คน	
12 เดือน	≤78,248 คน	≥156,496 คน	≥234,745 คน	≥312,993 คน	≥391,242 คน	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : จำนวนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤13,041 คน	≥26,082 คน	≥39,124 คน	≥52,165 คน	≥65,207 คน	
5 เดือน	≤26,083 คน	≥52,165 คน	≥78,248 คน	≥104,331 คน	≥130,414 คน	
6 เดือน	≤39,124 คน	≥78,248 คน	≥117,372 คน	≥156,497 คน	≥195,621 คน	
9 เดือน	≤52,166 คน	≥104,332 คน	≥156,497 คน	≥208,663 คน	≥260,828 คน	
10 เดือน	≤65,207 คน	≥130,414 คน	≥195,621 คน	≥260,828 คน	≥326,035 คน	
12 เดือน	≤78,248 คน	≥156,496 คน	≥234,745 คน	≥312,993 คน	≥391,242 คน	
เกณฑ์การประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 3 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 65,207	ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 5 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 130,414	ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 6 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 195,621	ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 9 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 260,828	ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 10 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 326,035	ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 12 เดือน ที่ จำนวนคน ≥ 391,242	ที่ 5 คะแนน				

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 65,207$ ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 130,414$ ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 195,621$ ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 260,828$ ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 326,03$ ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ จำนวนคน $\geq 391,242$ ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	ประชากร type 1 และ type 3 ในพื้นที่
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735 E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	4. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ตัวชี้วัด	MOU_15 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับ ทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 8 แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ขาดพันธุกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

	3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกลดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกายผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม สิริระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)																	
เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ร้อยละ 100																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ 8 อำเภอ																	
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สสอ.ทุกแห่ง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน / การลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง																	
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับ 5																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 8 แห่ง																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 อำเภอ</td> <td>ร้อยละ (อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 60 (8อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 70 (8อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 75 (8อำเภอ)</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 60 (8อำเภอ)	ร้อยละ 70 (8อำเภอ)	ร้อยละ 75 (8อำเภอ)
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2563	2564	2565														
8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 60 (8อำเภอ)	ร้อยละ 70 (8อำเภอ)	ร้อยละ 75 (8อำเภอ)														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน ผ่านระดับ 5 รอบ 12 เดือน ผ่านระดับ 5																	
วิธีการประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ข้อ</th> <th>ขั้นตอน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน -มีการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย 2 ประเด็นและโควิด-19 1 ประเด็น</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>-มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน (แผนงาน/โครงการ)</td> </tr> </tbody> </table>					ข้อ	ขั้นตอน	1	- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน -มีการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย 2 ประเด็นและโควิด-19 1 ประเด็น	2.	-มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน (แผนงาน/โครงการ)							
ข้อ	ขั้นตอน																	
1	- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน -มีการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย 2 ประเด็นและโควิด-19 1 ประเด็น																	
2.	-มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน (แผนงาน/โครงการ)																	

	3.	- มีการขับเคลื่อนการพัฒนาประเด็นที่กำหนดตามแผนงาน/โครงการ และมีการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง
	4.	- มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พขอ.ในกลุ่มเปราะบาง (การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 50 ร้อยละ 60 ร้อยละ 70 ขึ้นไป)
	5.	- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามประเด็น ODOP หรือ OTOP ระดับอำเภอและระดับจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 6 เดือน	รอบ 12เดือน
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พิจารณาคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบท ของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย 2 ประเด็น และประเด็น COVID-19 1 ประเด็น</p> <p>3.มีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE ภายในไตรมาส 1</p> <p>4.มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ (แผนงาน/โครงการ)</p> <p>5. มีคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตามประเด็นกลุ่มเปราะบาง,โควิดและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชต.)</p>	<p>1. มีการขับเคลื่อนการพัฒนาแบบบูรณาการในกลุ่มเปราะบางและโควิด-19 การบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (รายงานการประชุม)</p> <p>2.มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พขอ.ในกลุ่มเปราะบาง (สรุปผลการดำเนินงาน) ขับเคลื่อนตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3.มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พขอ.ในกลุ่มเปราะบาง (สรุปผลการดำเนินงาน) ขับเคลื่อนตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 60 ขึ้นไป</p> <p>4.มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พขอ.ในกลุ่มเปราะบาง (สรุปผลการดำเนินงาน) ขับเคลื่อนตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 70 ขึ้นไป</p> <p>5.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอและระดับตำบลในประเด็นกลุ่มเปราะบาง/โควิด</p>

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
6 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1- 2	ข้อ 1 - 3	ข้อ 1 - 4	ข้อ 1 - 5
12 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1- 2	ข้อ 1 - 3	ข้อ 1 - 4	ข้อ 1 - 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ ที่คะแนนระดับ 5					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
6 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
12 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทุกอำเภอ รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ทุกอำเภอ				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ผ่าน ระดับ 5 ทุกอำเภอ				
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวอัญชลี เสนาคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 E-mail qarayong@yahoo.com				

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และ ตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางการทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกัน เป็นโครงข่ายที่เชื่อมโยงกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมในทุกประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิตประชาชน	การทำงานเป็นทีมของ คณะกรรมการ พชอ. หมายถึง การทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาชน ที่มี นายอำเภอเป็นประธานและ สภามณฑลอำเภอเป็นเลขานุการ
Customer Focus	มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย อยู่น้อยในเชิงกลุ่มปัญหา มากกว่าที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และ พัฒนาการรับรู้ ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมาบูรณาการกับ ระบบต่างๆ จนทำให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เชื่อมกัน ครีคร่า ผู้กักกัน และมี	ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และภาคีภาค ส่วน มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการในการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วน มี ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตอย่าง เป็นระบบ และมีการขยายวง ใต้ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา คุณภาพชีวิต และมี การทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิต	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พชอ. มีความกระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
					ส่วนร่วม	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิถีการที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความรู้ พึ่งพอใจของ คณะกรรมการ พชอ.	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิถีการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ ของบุคลากรเพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิถีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ คณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	คณะกรรมการ พชอ. มีการเรียนรู้ ทบทวน ประเมินภาคีดูแล พัฒนา และสร้างความ พึ่งพอใจ ของ คณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่	สร้างวัฒนธรรม เติบโตช่วยให้ คณะกรรมการ พชอ. มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความรู้สึกพินิจงานร่วมกัน	
Community Participation						

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง แผนการใช้ทรัพยากร <u>ร่วมกัน</u> และ พัฒนา คณะกรรมการ พหุอ. ร่วมกัน เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการพหุอ. ร่วมกัน ในบาง ประเด็น หรือบาง ระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ พหุอ. ร่วมกันอย่างเป็น ระบบและครอบคลุม ตาม บริบท และความต้องการ ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้ บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ พหุอ. ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย ยึดเป้าหมายของ คณะกรรมการ พหุอ. (ไม่มีกำแพงกัน) และ มีการใช้ทรัพยากร จากชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบสุขภาพ ชุมชนที่ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็น ปัจจัยนำเข้า (input) ของการ ทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหาภาค	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ครอบคลุม	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต แบบ บูรณาการร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาค ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	<i>Essential Care</i> หมายถึง การ แก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ ชีวิตให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของคณะกรรมการ พหุอ.

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัย
ตัวชี้วัด	MOU_16 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัด: ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตามปกติของบุคคล</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center : PHEOC) หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลาง ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก สั่งการ ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้ออกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p>All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ</p> <p>Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส แผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>

	ระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center) หมายถึง ระบบบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการสั่งการในภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และเป็น Data Center สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอ: ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในชั้นที่ 1 – 5 โดยผ่านระดับความสำเร็จชั้นที่ 5 จังหวัด: ผ่านการประเมินระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	8 อำเภอ/ 9 CUP
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	วัดผลงานระดับอำเภอ หรือ CUP (รพ.และ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ และ ระดับ CUP
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรค/ภัยสุขภาพ 2. รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ 3. รายงาน หรือสรุปผลการถอดบทเรียน การสอบสวนการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพ หรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข/ สรุปถอดบทเรียนการซ้อมแผนด้านโรค และภัยสุขภาพ ในระดับพื้นที่ 4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (EOC) และทีม SAT ระดับอำเภอ 5. สถานที่/อุปกรณ์ สำหรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ 6. การอบรม และรายชื่อทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 7. รายงานประเมินสถานการณ์โรค/ภัยสุขภาพ/(Spotreport) 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) 12. การใช้งานระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อำเภอ/CUP ที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน และดำเนินการได้ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อำเภอ/CUPทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน					
			2560	2561	2562	2563	2564	2565
	1. ร้อยละของอำเภอ/CUP ที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติ การภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และดำเนินการได้ 5 ขั้นตอน	ร้อยละ	-	85	100	100	-	
2. ร้อยละของอำเภอ/CUP มีความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ปี 2564				100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 64 – ธันวาคม 64) ไตรมาส 2 (มกราคม 65 – มีนาคม 65) ไตรมาส 3 (เมษายน 65 – มิถุนายน 65) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 65 – สิงหาคม 65)							
วิธีการประเมิน	ชั้นที่ 1 – 5 รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง สามารถดำเนินไปพร้อมๆกันได้ ตั้งแต่เริ่มต้น ปีงบประมาณ 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							

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	
	1.	1.1 มีการปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอให้เป็นปัจจุบัน และจัดทำแนวทางปฏิบัติ (SOP) กรณีป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่	1.ผังโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอ (EOC) 2.คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ 3.มีการจัดทำคู่มือ SOP กรณีป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 4.แบบประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment)	
	2.	2.1 จัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบฟอร์มกลาง 2.2 จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning: BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่	1.แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และโรคอุบัติใหม่ 2.แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning: BCP) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และโรคอุบัติใหม่	
	3.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเติมจากปี 2564	รายชื่อบุคลากรบุคลากรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเติมจากปี 2564	

	4.	จัดทำรายชื้ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานระดับอำเภอเพื่อร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินฯ ตามระดับความรุนแรงของโรค/ภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)	1.ทะเบียนรายชื้ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการฯตามระดับความรุนแรงของโรค/ภัยสุขภาพ (4 ระดับ)
	5.	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) มาใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอหรือซ้อมแผน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	1. รายงานผลการดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center; PHEOC) 2. รายงานทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับอำเภอตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติ ในระดับจังหวัดและจัดทำรายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับอำเภอที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center; PHEOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

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

9 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
12 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	อำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอและดำเนินการได้ 5 ขั้นตอน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของอำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ และดำเนินการได้ 5 ขั้นตอนมากกว่าร้อยละ 90				
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.ดร.ปฐวี แวววิบ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8641992		
	2.น.ส.ทัชวรรณ ธรรมวัตติ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ 066-1544628		

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการ	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัย					
ตัวชี้วัด	MOU_17 ร้อยละผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C อำเภอ: บ้านค่าย/เรือนจำกลางระยอง จังหวัด: ระยอง ผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C					
คำนิยาม	ร้อยละของผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C 1. ผู้ต้องขังรายใหม่ หมายถึง รายใหม่ของปี พ.ศ.2565 (1 มค.-31 ธค.2565) 2. การคัดกรอง หมายถึง การคัดกรองด้วยชุดตรวจแบบง่าย (Kit Test) ค้นหาการติดเชื้อ HIV, Syphilis, Hepatitis C 3. ชุดตรวจอย่างง่ายได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรค หรือบางส่วน รพ.บ้านค่าย สนับสนุน ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุขของพระบรมวงศานุวงศ์					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 ของการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C ตามผู้ต้องขังรายใหม่					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ต้องขังรายใหม่ของเรือนจำกลางระยอง					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ.บ้านค่าย และเรือนจำกลางระยอง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตลอดทั้ง ปี 2565 (1 มค.-31 ธค.2565) เก็บรายงานการปฏิบัติงานครั้งเดียวตามปีปฏิทิน					
แหล่งข้อมูล	1. รพ.บ้านค่าย 2. เรือนจำกลางระยอง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจอย่างง่าย (HIV, Syphilis, Hepatitis C)					
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ต้องขังรายใหม่ของปี พ.ศ. 2565					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	2567
	ร้อยละของผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง HIV, Syphilis, Hepatitis C	ราย	ร้อยละ 112			

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัย
ตัวชี้วัด	MOU_18 ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (ใช้เลือดออก/ ชีคุนกุญา/ชีกา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>1.แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อพื้นที่เข้าเกณฑ์เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) โดยต้องประกอบด้วยคำสั่งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานของกลองภารกิจที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทรชนกรูสถานการณ์ ยุทธศาสตร์ ปฏิบัติการ สื่อสารความเสี่ยง ดูแลรักษาผู้ป่วย และสำรองเวชภัณฑ์</p> <p>2.การวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และโรคไข้วัดข้อยุงลาย การวิเคราะห์ข้อมูลของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้วัดข้อยุงลาย 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) สายพันธุ์ของไวรัสชิคุนกุญา และพาหะนำโรค เช่น ความหนาแน่นของยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำยุงลาย</p> <p>2.1.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Social Determinant) ซึ่งเป็นตัวช่วยให้โรคเกิดการระบาดแพร่กระจายไปได้มากขึ้น เช่น แรงงานอพยพ ย้ายถิ่น ทำให้มีการระบาดของโรคต่างๆ ที่ไม่เคยมีในพื้นที่นั้นมาก่อนหน้านี้หรือโรคที่เคยหายไปแล้ว กลับมาเกิดใหม่ หรือทำให้การระบาดแพร่ขยายไปในวงกว้างมากขึ้น มีผู้สัมผัสเชื้อมากขึ้น และส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น</p>

2.2 ด้านปัจจัยเสี่ยง (Behavioral Risk) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้คนเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ปัจจัยตัวนี้ เช่น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค

2.3 ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) หมายถึง มาตรการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง การควบคุมโรค การดูแลรักษา การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการกำจัดลูกน้ำยุงลายและการควบคุมโรค เป็นต้น

2.4 ด้านการติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ (Infection/Morbidity/Mortality/Disability) หมายถึง ผลลัพธ์ของการที่คนมีพฤติกรรมเสี่ยง และสัมผัสกับปัจจัยต้นเหตุแล้ว ร่างกายไม่สามารถกำจัดปัจจัยต้นเหตุนั้นได้ จนทำให้ร่างกายติดเชื้อ ป่วย ตาย หรือพิการ เช่น ข้อมูลจำนวนป่วย เสียชีวิต/อัตราป่วย/อัตราราย/อัตรารายตาย

2.5 ด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ หมายถึง

2.5.1 การเกิดโรคและภัยสุขภาพทั้งแบบเป็นกลุ่มก้อน และแบบไม่เป็นกลุ่มก้อน (เช่น การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก/โรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต การป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ที่ไม่เคยพบผู้ป่วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา)

2.5.2 การเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การมีฝนตกนอกฤดูกาลหรือมีฝนตกยาวนานมากกว่าปกติ หรือการเกิดอุทกภัย อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อมาโดยยุงลายมากขึ้น เป็นต้น

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

โรงเรือน HI < 5 และ

โรงเรียน CI = 0 และ

โรงพยาบาล CI = 0 และ

โรงธรรม หรือ โรงแรม หรือ โรงงาน หรือ สถานที่ราชการ CI < 5

4. การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมฯ ในชุมชน การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน เป็นต้น

	<p>5.การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย หมายถึง ความสามารถของตัวบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเลือกใช้ใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ นำโดยยุงลายได้อย่างเหมาะสม ตามกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>เข้าถึง หมายถึง การสร้างเสริมความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการสืบค้นหาข้อมูล และบริการทางสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้</p> <p>เข้าใจ หมายถึง การพัฒนาความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ สะท้อนได้จากการวัดระดับการจดจำ ระดับความเข้าใจ หรือระดับความยากในการจดจำและทำความเข้าใจ</p> <p>ประเมิน หมายถึง การคัดเลือกข้อมูล พิจารณา และตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่ถูกต้อง</p> <p>ปรับใช้ หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจ เตือนตนเอง หรือจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>บอกต่อ หมายถึง การถ่ายทอดความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่ถูกต้อง ไปสู่ผู้อื่น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของ รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	8 อำเภอ และ 9 CUP
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอและ CUP
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.ฐานข้อมูลรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา รายงาน 506 2.แบบประเมินผลการดำเนินงานไข้เลือดออก ตามแนวทางจัดการพาหนะนำโรคแบบผสมผสาน IVM 3.แบบรายงานการสอบสวนโรคไข้เลือดออกเฉพาะราย และ/หรือ รายงานการสอบสวนการระบาด 4.ทะเบียนการรับ-แจ้งโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. และ สสอ. หรือ เทศบาลในพื้นที่ 5.รายงานการตรวจจับการเกิดโรค รายงาน/รายสัปดาห์ ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดย ยุงลาย (ใช้เลือดออก/ซิคุนกุนยา/ซิกา) ได้ 5 ขั้นตอน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทั้งหมดที่ถูกประเมิน					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	2565
	1.ร้อยละของตำบลที่ ควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	99.1	-	-	
2.ร้อยละของ รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ที่มี การดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดย ยุงลาย (ใช้เลือดออก/ ซิคุนกุนยา/ซิกา) ได้ 5 ขั้นตอน	ร้อยละ		88.89	100		
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 64 – ธันวาคม 64) ไตรมาส 2 (มกราคม 65 – มีนาคม 65) ไตรมาส 3 (เมษายน 65 – มิถุนายน 65) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 65 – สิงหาคม 65)					
วิธีการประเมิน	ขั้นที่ 1 – 5 รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง สามารถดำเนินไปพร้อมๆกันได้ ตั้งแต่เริ่มต้น ปีงบประมาณ 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					
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5		

	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน
	1	มีแผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก	- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานโรคไข้เลือดออกหรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยยุงลายอื่นๆ ใดๆ ใดอย่างหนึ่ง
	2	มีการวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อน และระหว่างฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย	- รายงานผลการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ก่อนฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ระดับอำเภอ
	3	มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	- One page/ รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายรายสัปดาห์ หรือ รายเดือน ประเมิน ณ เดือนมีนาคม, มิถุนายน, และ สิงหาคม 2564 - สุ่มประเมินโดย สสจ.ระยอง
	4	การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยยุงลาย	- One page/ รายงานที่มีภาพกิจกรรมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย - รายงานผลประเมินความรอบรู้ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยยุงลาย
	5	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ลดลง	- อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 15

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	ขั้นตอนที่ 1
6 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 หรือ 3	ขั้นตอนที่ 2 และ 3
9 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
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%
6 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
9 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
12 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง สามารถการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยบุคลากร (ใช้เลือดออก/ซิคุนกุลยา/ซิกา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ในขั้นตอนที่ 1-5 และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของจำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5 มากกว่าร้อยละ 80				
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.ดร.ปฐวี แว่ววิบ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8641992		
	2.น.ส.ปนัดดา ฉ่างฉวี กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ 080-669-3936		

แผนงานที่	4. การควบคุมป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	5. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ตัวชี้วัด	MOU_19 ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) ประจำปีงบประมาณ 2565
คำนิยาม	<p>หมายถึง</p> <p>การดำเนินงานตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดระยอง</p> <p>คำจำกัดความ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสัมผัส หมายถึง การถูกสัตว์ กัด ข่วน เลียบบริเวณบาดแผลหรือเลียที่เยื่อบุปาก จมูก ตา หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก และกินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า 2. ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การถูกสัตว์ กัด ข่วน เลียบบริเวณบาดแผลหรือเลีย ที่เยื่อบุปาก จมูก ตา หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก และกินอาหารดิบ ที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า และรวมถึงกรณีถูกสัตว์กัด แล้วสัตว์หนีหาย หรือไม่ทราบประวัติสัตว์ 3. สัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง สัตว์เลี้ยงลูก ด้วยนม ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า และให้ผลยืนยันพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าจากกรมปศุสัตว์/ 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 หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเข็มแรก ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

	<p>7. ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุด หมายถึง ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามจำนวนตามแนวทางเวชปฏิบัติ</p> <p>8. การบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) หมายถึง ข้อมูลผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)</p> <p>9. รายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) หมายถึง แบบรายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า สิทธิการรักษาสถานบริการ และประเภทของสิทธิการรักษาเพื่อให้สถานบริการได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้มากขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) ประจำปีงบประมาณ 2564
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช./ ทุกแห่งที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีรหัสผู้บันทึกข้อมูล/รหัสสถานพยาบาล ในการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ประจำปีงบประมาณ 2565
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากรายงาน/ ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานที่รับการประเมิน(DHS)/ การนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นข้อมูลจำนวนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและผู้ถูกสัตว์กัดได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงาน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) 2. เปรียบเทียบกับข้อมูลระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(แบบ ร.36)
แหล่งข้อมูล	<p>ข้อมูลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จากระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า(Thai Rabies Net) หรือจากสำนักงานงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง 2. รายงานจากการระบบการเฝ้าระวังตามมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แบบฟอร์มการค้นหาดูตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกัน (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 =จำนวนผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าทั้งหมด ปี 2565					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด			
			2562	2563	2564	
	100	ร้อยละ	100	100	100	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน ไตรมาสที่ 1 วันที่ 25 ธันวาคม 2564 ไตรมาสที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2565 ไตรมาสที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2565 ไตรมาสที่ 4 วันที่ 31 สิงหาคม 2565					
วิธีการประเมิน	1.หน่วยงานที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและมีการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงาน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า 2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ วิเคราะห์และประมวลข้อมูลการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จากระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	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	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	
5 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	
6 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	
9 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	
10 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	
12 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
5 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
6 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
9 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
10 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
12 เดือน	< 70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	<u>100</u>
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ร้อยละ 100 ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรค พิษสุนัขบ้า(ร.36)</p> <p>ผ่านเกณฑ์การประเมิน<u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p>				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ร้อยละ 100 ของหน่วยงาน (รพ./สสอ./รพ.สต.) มีการดำเนินงานและติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัดได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) ได้ตามเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมิน<u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน</p>				
หมายเหตุ					

ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ชื่อ นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 0-3862-0976 ต่อ E-mail phichet1973@gmail.com	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 09-0997-3268
---------------------------	--	--

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัย
ตัวชี้วัด	MOU_20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ ประจำปีงบประมาณ 2565
คำนิยาม	หมายถึง การดำเนินงานตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ประสานงาน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานสำคัญ สอดคล้องตามกลยุทธ์ ของ แผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จาก โรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค การบูรณาการร่วมกับ เครือข่าย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือไม่ พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดระยอง
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ทุก อำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	8 อำเภอ
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	ทุก อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากข้อมูลผลการดำเนินงานระดับ อำเภอ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนงาน/โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตาม พระปณิธานฯเจ้า ฟ้าฯกรมพระศรีสวางควัฒนวร ชัดติยราชานารี สำหรับพขอ. ในอำเภอเสี่ยง 2. ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home (ระบบ ร.36) 3. ระบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ http://www.thairabies.net หรือเครือข่ายด้านปศุสัตว์ในพื้นที่ 4. การดำเนินงานด้านสื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/ จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลกเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1 หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 4.2 สื่อความรู้และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า 4.3 รายงาน spot report /One Page 5. รายงานการดำเนินงานตามมาตรการสอบสวนและควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ เมื่อพบ รายงานสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ หรือพบผู้เสียชีวิต (มาตรการ 1-2-3) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 รายงาน spot report /One Page / รายงาน Rabies 1 5.2 รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น

	<p>6. รายงานผลการประเมินระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานปศุสัตว์ และหน่วยงานภาคีในพื้นที่</p> <p>7. รายงานผลการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบบป้องกันโรคล่วงหน้า (PrEP) ให้แก่บุคคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่</p> <p>8. รายงานผลการประเมินหรือรับรองพื้นที่ปลอดโรค (พื้นที่อำเภอเมืองระยอง) เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อำเภอ ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อำเภอ ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	100	ร้อยละ	100	100	100	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ไตรมาสที่ 1 วันที่ 25 ธันวาคม 2564</p> <p>ไตรมาสที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2565</p> <p>ไตรมาสที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2565</p> <p>ไตรมาสที่ 4 วันที่ 31 สิงหาคม 2565</p>					
วิธีการประเมิน	<p>ขั้นตอนที่ 1 – 5 ทุกอำเภอดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนพร้อมกันตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ 2565 โดย</p> <p>ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-2 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1- 3ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการครบทุกขั้นตอน 1-5</p>					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	/					
5 เดือน	/	/				
6 เดือน	/	/				

9 เดือน	/	/	/		
10 เดือน	/	/	/	/	/
12 เดือน	/	/	/	/	/
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	/				
5 เดือน	/	/			
6 เดือน	/	/			
9 เดือน	/	/	/		
10 เดือน	/	/	/	/	
12 เดือน	/	/	/	/	/
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ขั้นตอน 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ขั้นตอน 1-3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ขั้นตอน 1-3 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ขั้นตอน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ครบทุกขั้นตอน 1-5 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ขั้นตอน 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ขั้นตอน 1-3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ขั้นตอน 1-3 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ขั้นตอน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ครบทุกขั้นตอน 1-5 ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ	รายละเอียดการดำเนินงาน :				
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล	
	1	มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยงอ้างอิงจากสถานการณ์โรค	1	- แผนงาน/โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตาม พระปณิธานฯเจ้าฟ้าฯกรมพระศรี	

	<p>พิษสุนัขบ้า ย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ.2561 – 2563)</p> <p>- พื้นที่เสี่ยงสูง (สีแดง) เป็นพื้นที่ ที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า หรือพบสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มากกว่า หรือเท่ากับ 2 ตัวอย่าง</p> <p>- พื้นที่เสี่ยง (สีเหลือง) เป็นพื้นที่ในที่มีการพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ อย่างน้อย 1 ตัวอย่าง</p> <p>- พื้นที่เฝ้าระวัง (สีฟ้า) เป็นพื้นที่ในที่ไม่พบผู้เสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์</p>		<p>สวางควัฒนวร ชัตติยราชนารี สำหรับ พขอ. ในอำเภอเสี่ยง (ทุกอำเภอ ในจังหวัดระยอง)</p>
2	<p>ระบบการเฝ้าระวังโรคในคน และในสัตว์ ระดับอำเภอ</p>	1	<p>1. ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home (ระบบ ร.36)</p> <p>2. ระบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ http://www.thairabies.net หรือเครือข่ายด้านปศุสัตว์ในพื้นที่</p> <p>3. รายงาน spot report /One Page / รายงาน Rabies 1</p> <p>4. รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น</p>
3	<p>การดำเนินงานด้านสื่อสารความเสี่ยงเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/ จัดกิจกรรมรณรงค์วัน</p>	1	<p>1. หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p>2. สื่อความรู้และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p>3. รายงาน spot report /One Page</p>

		<p>ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โลกเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/ สนับสนุนสื่อความรู้ - จำนวนการจัดกิจกรรม ไม่น้อยกว่า 1/ 1 ไตรมาส</p>		
4	<p>รายงานการดำเนินงาน ตามมาตรการสอบสวน และควบคุมโรคทั้งในคน และสัตว์ เมื่อพบรายงาน สัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัข บ้าทั้งในคนและในสัตว์ หรือพบผู้เสียชีวิต (มาตรการ 1-2-3)</p>	1	<p>. รายงานการดำเนินงานตามมาตรการ สอบสวนและควบคุมโรคทั้งในคนและ สัตว์ เมื่อพบรายงานสัตว์พบเชื้อโรคพิษ สุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ หรือพบ ผู้เสียชีวิต (มาตรการ 1-2-3) - รายงาน spot report /One Page / รายงาน Rabies 1 - รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น</p>	
5	<p>ประเมินผลการบูรณา การ ร่วมกับภาคี เครือข่าย และหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง 5.1การประเมินระบบ ลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ในองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานปศุสัตว์ และหน่วยงานภาคีใน พื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น อำเภออื่นๆ 5.2 การให้วัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า แบบ ป้องกันโรคล่วงหน้า</p>	1	<p>- รายงานผลการประเมินระบบลูกโซ่ ความเย็น (cold chain) - รายงานผลการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า แบบป้องกันโรคล่วงหน้า (PrEP) ให้แก่บุคคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ - รายงานผลการประเมินหรือรับรองพื้นที่ ปลอดโรค (พื้นที่อำเภอเมืองระยอง) เพื่อ เป็นพื้นที่ต้นแบบปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p>	

	(PrEP) ให้แก่บุคลากร กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 5.3 ผลการประเมินหรือ รับรองพื้นที่ปลอดโรค (พื้นที่อำเภอเมืองระยอง) เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 0-3862-0976 ต่อ มือถือ 09-0997-3268 E-mail phichet1973@gmail.com		

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_21 ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน				
คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่ไม่รู้ว่า เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การคัดกรองเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose)				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด type area = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง) type area = 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่า เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	81.82	86.18	84.52
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยคิดจาก 43 แฟ้ม : แฟ้มประชากร PERSON (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวัน เดือน ปี เกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป)				

	<p>A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), TYPEAREA 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDSSCREEN.BSLEVEL \geq 50 mg/dl</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1, TYPEAREA 3 และตัดคนตายสถานะ / สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน</p>																	
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" data-bbox="411 775 1423 887"> <tr> <td data-bbox="411 775 579 831">3 เดือน</td> <td data-bbox="579 775 746 831">5 เดือน</td> <td data-bbox="746 775 914 831">6 เดือน</td> <td data-bbox="914 775 1082 831">9 เดือน</td> <td data-bbox="1082 775 1249 831">10 เดือน</td> <td data-bbox="1249 775 1423 831">12 เดือน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 831 579 887">\geq ร้อยละ 40</td> <td data-bbox="579 831 746 887">\geq ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="746 831 914 887">\geq ร้อยละ 70</td> <td data-bbox="914 831 1082 887">\geq ร้อยละ 80</td> <td data-bbox="1082 831 1249 887">\geq ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="1249 831 1423 887">\geq ร้อยละ 90</td> </tr> </table>						3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 90	\geq ร้อยละ 90
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 90	\geq ร้อยละ 90													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																		
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
3 เดือน	< 10	10	20	30	\geq 40													
5 เดือน	< 20	20	30	40	\geq 50													
6 เดือน	< 40	40	50	60	\geq 70													
9 เดือน	< 50	50	60	70	\geq 80													
10 เดือน	< 60	60	70	80	\geq 90													
12 เดือน	< 75	75	80	85	\geq 90													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด																		
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
3 เดือน	< 10	10	20	30	\geq 40													
5 เดือน	< 20	20	30	40	\geq 50													
6 เดือน	< 40	40	50	60	\geq 70													
9 เดือน	< 50	50	60	70	\geq 80													
10 เดือน	< 60	60	70	80	\geq 90													
12 เดือน	< 75	75	80	85	\geq 90													

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_22 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด type area = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง) type area = 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	80.82	93.83	85.06
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
การประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยคิดจาก 43 แฟ้ม : แฟ้มประชากร PERSON (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวัน เดือน ปี เกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป)				

	<p>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</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ สถานะบุคคล TYPEAREA 1, TYPEAREA 3 และตัดคนตายสถานะ / สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน</p>																	
<p>เกณฑ์การประเมิน</p>	<table border="1" data-bbox="395 712 1422 831"> <tr> <td data-bbox="395 712 587 768">3 เดือน</td> <td data-bbox="587 712 778 768">5 เดือน</td> <td data-bbox="778 712 970 768">6 เดือน</td> <td data-bbox="970 712 1161 768">9 เดือน</td> <td data-bbox="1161 712 1353 768">10 เดือน</td> <td data-bbox="1353 712 1422 768">12 เดือน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 768 587 831">≥ ร้อยละ 40</td> <td data-bbox="587 768 778 831">≥ ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="778 768 970 831">≥ ร้อยละ 70</td> <td data-bbox="970 768 1161 831">≥ ร้อยละ 80</td> <td data-bbox="1161 768 1353 831">≥ ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="1353 768 1422 831">≥ ร้อยละ 90</td> </tr> </table>						3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90													
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>																		
	<p>คะแนน</p>	<p>1 คะแนน</p>	<p>2 คะแนน</p>	<p>3 คะแนน</p>	<p>4 คะแนน</p>	<p>5 คะแนน</p>												
3 เดือน	< 10	10	20	30	40	≥ 40												
5 เดือน	< 20	20	30	40	50	≥ 50												
6 เดือน	< 40	40	50	60	70	≥ 70												
9 เดือน	< 50	50	60	70	80	≥ 80												
10 เดือน	< 60	60	70	80	90	≥ 90												
12 เดือน	< 75	75	80	85	90	≥ 90												
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด</p>																		
	<p>คะแนน</p>	<p>1 คะแนน</p>	<p>2 คะแนน</p>	<p>3 คะแนน</p>	<p>4 คะแนน</p>	<p>5 คะแนน</p>												
3 เดือน	< 10	10	20	30	40	≥ 40												
5 เดือน	< 20	20	30	40	50	≥ 50												
6 เดือน	< 40	40	50	60	70	≥ 70												
9 เดือน	< 50	50	60	70	80	≥ 80												
10 เดือน	< 60	60	70	80	90	≥ 90												
12 เดือน	< 75	75	80	85	90	≥ 90												
<p>เกณฑ์การประเมินภาพรวม</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่ 5 คะแนน</p>																	

ของแต่ละ หน่วยงาน	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 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
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.เกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 09 3925 5463 E-mail ong1967@gmail.com

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 ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

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. 62	132	84	76	128	82	74	130	76	70	126	74	76
ความดันโลหิตเฉลี่ย 7 วัน = mmHg												

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_23 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 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 และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วัน ถัดไปโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจาก หลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมงมีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1.) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตาม มาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับ โรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรองโดยวิธีที่ (2.) ได้เลย</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการ ตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทาง <u>เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</u></p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและ อยู่จริง (Type area 1) ผู้มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาล / สสอ. / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการ การตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และ เป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	52.95	55.37
ระยะเวลา ประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4				
วิธีการประเมิน	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันได้รับ วินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทาง ห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัสรหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม /พลาสมา B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผล BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร) , 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร) โดยที่ $BSLEVEL \geq 126$ mg/dl BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดดำโดยไม่อดอาหาร) , 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยโดยไม่อดอาหาร) โดยที่ $BSLEVEL \geq 110$ mg/dl				

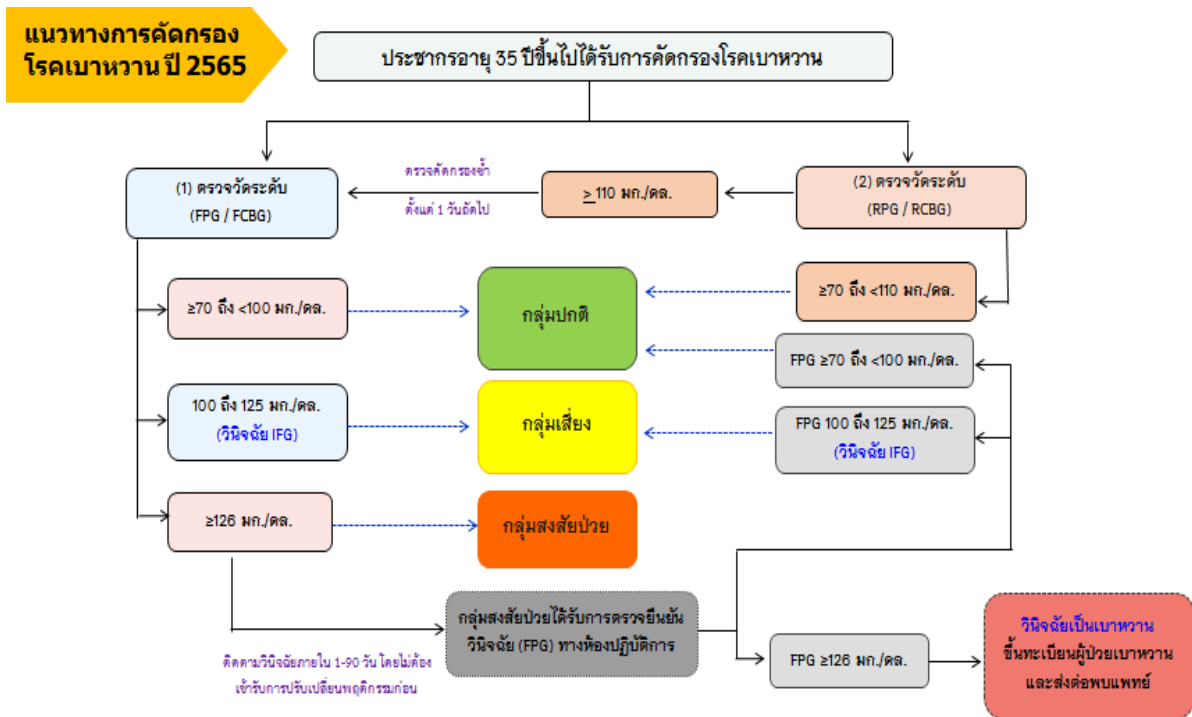
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 10	15	20	25	≥ 30
6 เดือน	< 10	10	20	30	≥ 40
9 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60
10 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70
12 เดือน	< 50	50	60	70	≥ 80

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 10	15	20	25	≥ 30
6 เดือน	< 10	10	20	30	≥ 40
9 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60
10 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70
12 เดือน	< 50	50	60	70	≥ 80

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน

หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560	
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.เกศริทธิ์ ปิ่นอนงค์ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 E-mail ong1967@gmail.com	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 09 3925 5463



หมายเหตุ: ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (2) ได้เลย



แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_24 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน(ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	\geq ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Type area 1) ผู้มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p>
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สสอ. / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC				
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 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปัจุบัน และในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	59.25	56.74
ระยะเวลา	12 เดือน				
ประเมินผล	ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4				
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ * A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หลังจากการคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย * A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจากแฟ้ม NCDScreen ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัด				

	<p>ความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP</p> <p>* B : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าระดับความดันโลหิตที่ตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตที่ตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตเองที่บ้าน)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมาย และผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตเองที่สถานพยาบาลเดิม)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิมภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิมจะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564</p>																																										
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <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>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 75</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> </table>	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80																														
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																																						
-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80																																						
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</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>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>< 10</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>≥ 40</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>< 30</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>≥ 60</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>< 40</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>≥ 70</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>< 45</td> <td>45</td> <td>55</td> <td>65</td> <td>≥ 75</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>< 50</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>≥ 80</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	-	-	-	-	-	5 เดือน	< 10	10	20	30	≥ 40	6 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60	9 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70	10 เดือน	< 45	45	55	65	≥ 75	12 เดือน	< 50	50	60	70	≥ 80
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	-	-	-	-	-																																						
5 เดือน	< 10	10	20	30	≥ 40																																						
6 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60																																						
9 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70																																						
10 เดือน	< 45	45	55	65	≥ 75																																						
12 เดือน	< 50	50	60	70	≥ 80																																						

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	< 10	10	20	30	≥ 40
6 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60
9 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70
10 เดือน	< 45	45	55	65	≥ 75
12 เดือน	< 50	50	60	70	≥ 80
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 75 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.เกศริทธิ์ ปีนอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 09 3925 5463 E-mail ong1967@gmail.com				

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_25 (PA_H_02 & PA_S_01) ร้อยละของอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน อำเภอ: ทุกอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน จังหวัด: จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน
คำนิยาม	1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก 2. จังหวัดและอำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น หมายเหตุ : จังหวัดและอำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอ: ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน จังหวัด: ผ่านการประเมินจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	8 อำเภอ/ 9 CUP
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	วัดผลงานระดับอำเภอ หรือ CUP (รพ.และ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ และ ระดับ CUP
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนบันทึกการเกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละพื้นที่
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเหตุการณ์ (Event) ที่อำเภอ/CUP สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด ของอำเภอ/CUP

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			256 5	256 6	256 7	2568 2569 2570
	ร้อยละของอำเภอ/CUP ที่สามารถควบคุม สถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ปี 2565			
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 64 – ธันวาคม 64) ไตรมาส 2 (มกราคม 65 – มีนาคม 65) ไตรมาส 3 (เมษายน 65 – มิถุนายน 65) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 65 – สิงหาคม 65)					
วิธีการประเมิน	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงาน รับผิดชอบ		
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่อำเภอ/CUP สามารถ ควบคุม การระบาดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID- 19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และ จำนวนเหตุการณ์ (Event) ที่ อำเภอสามารถควบคุม การ ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากข้อมูลหลักฐาน	งานควบคุม โรคติดต่อ สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดระยอง		
	หมายเหตุ : อำเภอที่ไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การ ระบาดภายในจังหวัด การประเมินให้ได้คะแนนระดับ 5 คะแนน					
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95		

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่อำเภอ/CUP สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของอำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	อำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของอำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95					
หมายเหตุ						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.ดร.ปฐวี แว่ววัช กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8641992			
	2.น.ส.ทชวรรณ ธรรมวัตติ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข			
			มือถือ 066-1544628			

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_26 ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่
คำนิยาม	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ หมายถึง การดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19 ใน 8 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Staff-Staff-System & ICS พร้อม 2) ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และ SOP 3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า (surge capacity) 4) ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน 5) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 6) มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ 7) ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด 8) ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย <p>3. Staff-Staff-System & ICS พร้อม หมายถึง ความพร้อมด้าน EOC ในการพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบมีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนบุคลากรสำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตามระบบ ICS ซึ่งต้องสอดคล้องกับแผนระดมทรัพยากรและแผนประคับประคองกิจการของหน่วยงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่ใช้รวมถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร

- 3) ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ
- 4. มีและซ้อมแผน และขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP)** หมายถึง จังหวัดจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในแผนระดับบัญชาการและแผนระดับปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมและนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพที่จำเพาะ และแผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ้อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไป
- 5. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มขึ้น 3 เท่า (surge capacity)** หมายถึง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มจาก 1 ทีมต่ออำเภอ เป็น 3 ทีมต่ออำเภอ
- 6. ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลระยอง สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน** หมายถึง จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลระยอง สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน ยกเว้น
- 1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมงโดยมีการ ประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน
 - 2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละมากๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ
- 7. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** หมายถึง หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (StB Su D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) ได้แก่ ภาวะเครียด (Stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) และภาวะซึมเศร้า (Depress) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหาคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) ภายใต้กรอบการดำเนินงานระยะสั้นของแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563-2564 โดยวิเคราะห์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์ การติดเชื้อและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสมาชิกในครอบครัว ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) และกลุ่มเปราะบางทางสังคม ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ว่าจะดำเนินไปเป็น 3 ระยะ ในทุกระลอกของการระบาด ได้แก่

	<p>ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>ระยะที่ 2 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด</p> <p>ระยะที่ 3 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหาผ่านระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต ตลอดจนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทางออนไลน์ โทรศัพท์ หรือ ผ่าน Application ต่างๆ ที่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และ ติดตามต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>8. มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ หมายถึง การแสดงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำไปตัดสินใจในการบัญชาการเหตุการณ์ได้ทันเวลา ซึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ข้อมูลสถานการณ์โรค ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต และผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ 2) การจัดการด้าน EOC ได้แก่ ข้อมูลบุคลากร (Staff) จำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward ข้อมูล ระบบ (System) ระบบรายงานข้อมูล COWARD 3) ข้อมูลสถานะการณปฏิบัติของทีมปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค <p>9. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด หมายถึง สถานที่เอกเทศทุกประเภท ที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัส หรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการด้านวิชาการภายใต้ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ</p> <p>10. ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย จังหวัดระยอง สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกัน โรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ ระดับดีมาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า <ul style="list-style-type: none"> - สํารวจคําสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตรวจสอบจํานวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ในแต่ละอําเภอ - จังหวัด/อําเภอมีการจัดอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอําเภอ โดยขอรับรองหลักสูตรจากกรมควบคุมโรค - จังหวัดจัดทำคําสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ระบุจํานวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอําเภอ, ทำเนียบผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) รายงานผ่านทางเว็บไซต์ กรมควบคุมโรค (https://ims.ddc.moph.go.th/index.php) 2. ประเมินความพร้อมด้าน EOC <ul style="list-style-type: none"> - สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการประเมิน EOC Assessment Tool ปีละ 1 ครั้ง - สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการควบคุมกํากับระบบกักกัน (Quarantine) ให้ได้มาตรฐานทุกแห่ง - สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการขับเคลื่อนการใช้ Dashboard ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการต่างๆ เพื่อควบคุมโรคในส่วนที่รับผิดชอบ ได้แก่ ทีมปฏิบัติการสอบสวนและควบคุมโรค ทีมด่านควบคุมโรค ทีมรักษาพยาบาล และทีมกักกัน 3. สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการขับเคลื่อนห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลระยองที่ใช้ระบบ CO-LAB และสามารถรายงานผลได้ 1 วัน 4. จัดเก็บข้อมูลผลการสํารวจประชาชนในการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ผ่านแบบสํารวจออนไลน์จากทุกอําเภอในจังหวัดระยอง 5. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19) - สรุปรวมการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และสรุปผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น - แบบฟอร์มสรุปรูปการพัฒนาศักยภาพเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่งรายงานประเมินผลรอบครึ่งปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ โดยจัดส่งรายงานมาที่ E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 6. มี Realtime Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ โดย
-----------------------------	--

	<p>- รายงานข้อมูลลงระบบ COWARD ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อ ที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AllR, Isolate room, Cohort ward</p> <p>- รายงานข้อมูลช่องทางอื่น ได้แก่ ผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ และจำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI</p>																				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 2. โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลเอกชน 3. กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจกรรมหลักที่จังหวัดระยองมีการดำเนินการครบทั้ง 7 ประเด็น																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจกรรมหลักทั้ง 7 ประเด็น																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่</td> <td>ระดับ</td> <td>ชั้น 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน				2564	2565	2566	2567	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	ระดับ	ชั้น 5			
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																			
		2564	2565	2566	2567																
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	ระดับ	ชั้น 5																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 64 – ธันวาคม 64) ไตรมาส 2 (มกราคม 65 – มีนาคม 65) ไตรมาส 3 (เมษายน 65 – มิถุนายน 65) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 65 – สิงหาคม 65)																				
วิธีการประเมิน	ประเด็นที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน																		
	1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	<ol style="list-style-type: none"> 1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด 																		
	2	จังหวัดที่มีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด 																		

	3	ร้อยละของอำเภอที่มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	สำรวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) และตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU)
	4	ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลระยอง สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลระยอง ส่งรายงานสรุปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB
		ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ทีม MCATT EOC สสจ.ระยอง และทุกอำเภอ รายงาน ดังนี้ 1. ทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COMD-19) 2. สรุปภาพรวมการดำเนินงาน การดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่องประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 4 ประเด็น 3. สรุปการพัฒนาศักยภาพและส่งรายงานประเมินผล รอบครึ่งปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ
	6	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	1. สคร. ประเมินจังหวัดในความรับผิดชอบหรือจังหวัดประเมินตนเอง 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพฯ กรม คร. สุ่มประเมินจังหวัด
	7	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	1. ประชาชนประเมินตนเอง 2. เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินและสรุปภาพรวมการดำเนินงานรายจังหวัด

ประเด็น ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1	Staff-Staff-System & ICS พร้อม	5	√			
2	ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และ SOP	5	√			
3	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัดแลต กรุงเทพมหานคร เพิ่ม 3 เท่า	5	√			
4	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	5	√			
5	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 30	5	√			
6	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	5	√			
7	ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐาน ทุกจังหวัด	5	√			
8	ประชาชนสวมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 85	5	√	√	√	√
	คะแนนเต็มทั้ง 8 ประเด็น	40				
	คะแนนเต็มทั้ง 7 ประเด็น	35				
รอบ 3 เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60

2	จังหวัดมีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	มีแผน และSOP แต่ไม่ ซ้อมแผน	-	-	-	มีแผนและ SOP และ ซ้อมแผน
3	ร้อยละของอำเภอที่มี หน่วยปฏิบัติการควบคุม โรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
4	ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลระยอง สามารถแจ้งผลตรวจการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
5	ร้อยละของประชาชนกลุ่ม เสี่ยงเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30
6	ร้อยละของจังหวัดที่มีการ บริหารจัดการสถานที่ กักกัน (Quarantine) ได้ มาตรฐานและเหมาะสม กับสถานการณ์ของ จังหวัด	≤ ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
7	ร้อยละของประชาชนสวม หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
รอบ 6, 9 และ 12 เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของประชาชนสวม หน้ากากผ้าหรือหน้ากาก	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

	อนามัย (วัดผลรอบ 6 9 และ 12 เดือน)					
2	ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลระยอง สามารถแจ้งผลตรวจการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน (วัดผลรอบ 12 เดือน)	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานใน 8 ประเด็น (ระดับประเทศ) และ 7 ประเด็น (ระดับจังหวัด) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)		
		ปานกลาง	ดี	ดีมาก
ประเทศ	40	1.00 - 13.33	13.34 - 26.67	26.68 - 40.00
จังหวัด	35	1.00 - 11.66	11.67 - 23.33	23.34 - 35.00

1. การดำเนินงานตามกิจกรรมหลัก โดยมีช่วงคะแนนของแต่ละประเด็น 1 - 5 คะแนน ระดับประเทศมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน และระดับจังหวัดมีคะแนนเต็ม 35 คะแนน
2. กำหนดระดับความสำเร็จการดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดีมาก
3. นำคะแนนรวมของทุกประเด็น มาแบ่งช่วงคะแนนโดยนำคะแนนเต็ม หารด้วย 3 ระดับ จะได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังตารางข้างต้น

เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	-
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	จังหวัดมีระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ และผ่าน 5 ขั้นตอน
หมายเหตุ	

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.ดร.ปฐวี แว่วบัว กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8641992
	2.น.ส.ท้าววรรณ ธรรมวัตติ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ 066-1544628

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_27 ระดับความสำเร็จของทีม CDCU และ CUP ในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 อำเภอ: ทุกทีม CDCU และทุก CUP ดำเนินการในภาพ CUP จังหวัด: ระยอง
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019
เกณฑ์เป้าหมาย	1.ทุกทีม CDCU และทุก CUP ดำเนินการในภาพ CUP เตรียมความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์และสามารถตอบโต้การระบาดของโรคฯ ได้ไม่เกินละลอก 2 2.ทุก CUP มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค (PPE ครบชุดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 20 ชุด/Viral transport media อย่างน้อย CUP ละ 100 หลอด) 3.ทุก CUP มีเจ้าหน้าที่ CDCU ดำเนินการสอบสวน/ควบคุมโรค ตำบลละ 1 ทีม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อละลอก 2 2.จำนวนวัสดุ/อุปกรณ์ 3.ทีม CDCU รายตำบล
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ทุกทีม CDCU และทุก CUP ดำเนินการในภาพ CUP
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ตามสถานการณ์การรายงานและเกิดเหตุการณ์ 2.รายงาน ประชากรกลุ่มเป้าหมายข้อ 2-3
แหล่งข้อมูล	ทุกทีม CDCU และทุก CUP ดำเนินการในภาพ CUP
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อละลอก 2 A2 = จำนวนทีม CDCU รายตำบล
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ป่วยละลอก 2 ทั้งหมด B2 = จำนวนทีม CDCU รายตำบล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1-2/B1-2) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	2567
	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019	ร้อยละ 100	-			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1-4 ตามปีงบประมาณ 2565					
วิธีการประเมิน	1.การตอบโต้เหตุการณ์ตามสถานการณ์และไม่มีละลอก 2 2.ทีม CDCU มีวัสดุอุปกรณ์ครบ/เพียงพอและไม่ขาดแคลน 3.ทีม CDCU รายงาน					
เกณฑ์การประเมิน	1.สามารถดำเนินการได้โดยไม่มีละลอก 2 2.-3 มีวัสดุ/อุปกรณ์ และสามารถดำเนินการได้ทันที่ตามจำนวนเหตุการณ์					
เกณฑ์การให้คะแนน						
	ระดับ	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)			
	ผ่าน	100	1.จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อละลอก 2 2.จำนวนวัสดุ/อุปกรณ์ 3.ทีม CDCU รายงาน			
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ร้อยละ 100					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละ 100					
หมายเหตุ						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.เวสาร์ช วรุตมะพงศ์พันธุ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 มือถือ 086-108-4757 E-mail wiepid@gmail.com 2.ณัฐวดี มุงคุณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 มือถือ 097-668-8411 E-mail wiepid@gmail.com					

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_28 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม
คำนิยาม	<p>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม หมายถึง</p> <p>1. ผลการให้บริการวัคซีนโควิด 19</p> <p>1.1 ผลการได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 (ร้อยละ) = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 \times 100 จำนวนกลุ่มเป้าหมายตามยอดจัดสรรวัคซีน เข็มที่ 1</p> <p>1.2 ผลการได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 (ร้อยละ) = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 \times 100 จำนวนกลุ่มเป้าหมายตามยอดจัดสรรวัคซีน เข็มที่ 2</p> <p>1.3 ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม (ร้อยละ) = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม \times 100 จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในระบบลงทะเบียน</p> <p>2. ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม</p> <p>รายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม หมายถึงกลุ่มเป้าหมายต้องได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบถ้วนทั้ง 2 เข็ม ครอบคลุมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของประชากรจังหวัดระยอง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในจังหวัดระยอง</p> <p><u>กลุ่มเป้าหมายระยะที่ 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ▪ บุคคลที่มีโรคประจำตัว <ul style="list-style-type: none"> - โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืดที่ควบคุมได้ไม่ดี - โรคหัวใจและหลอดเลือด - โรคไตเรื้อรังระยะ 5 - โรคหลอดเลือดสมอง - โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด - โรคเบาหวาน - โรคอ้วน ที่มีน้ำหนัก >100 กิโลกรัม หรือ BMI >35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ▪ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ▪ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย

	<u>กลุ่มเป้าหมายระยะที่ 2</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ กลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 1 ▪ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด่านหน้า ▪ ผู้ประกอบอาชีพภาคการท่องเที่ยว เช่น พนักงานโรงแรม สถานบันเทิง มัคคุเทศก์ นักกีฬา ▪ ผู้เดินทางระหว่างประเทศ เช่น นักบิน/ลูกเรือ นักธุรกิจระหว่างประเทศ ▪ ประชาชนทั่วไป ▪ นักการทูต เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศ นักธุรกิจต่างชาติ คนต่างชาติพำนักระยะยาว ▪ แรงงานในภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ 											
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช. ทุกแห่ง (และภาพรวมของ CUP)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และมีการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบบริหารจัดการ และติดตามการให้วัคซีน กระทรวงสาธารณสุข https://cvp1.moph.go.th/dashboard#											
แหล่งข้อมูล	ระบบบริหารจัดการ และติดตามการให้วัคซีน กระทรวงสาธารณสุข https://cvp1.moph.go.th/dashboard#											
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์											
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1, 3)											
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน									
			2562	2563	2564							
	ร้อยละความครอบคลุม การได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็ม	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่	ตัวชี้วัดใหม่	70							
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกไตรมาส											
วิธีการประเมิน	วัดผลลัพธ์จาก : ระบบบริหารจัดการ และติดตามการให้วัคซีน กระทรวงสาธารณสุข											
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	70	70	70	70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
70	70	70	70									

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
5 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
6 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
9 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
10 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
12 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
5 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
6 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
9 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
10 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70
12 เดือน	≤ 54	55-59	60-64	65-69	≥ 70

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน และระดับจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน รายไตรมาส ทุกไตรมาส มากกว่า ร้อยละ 70 ของหน่วยงาน (ภาพรวม CUP) ดังนี้ ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน รายไตรมาส ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ผลงานร้อยละ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038 -620976 มือถือ 090 997 3268 E-mail. phichet1973@gmail.com

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการ	6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
ตัวชี้วัด	<p>MOU_ 29 ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่จะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)</p> <p>อำเภอ: ทุกอำเภอ</p> <p>จังหวัด: ระยอง ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่จะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)</p>					
คำนิยาม	<p>ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่จะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)</p> <p>ระหว่างประเทศ หมายถึง ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศทั้งคนไทย ต่างประเทศ และแรงงานต่างด้าว ผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อที่มีนิยามเข้าได้กับโรคที่เฝ้าระวังตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด</p> <p>ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อของโรคที่เฝ้าระวัง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ดำเนินการในภาพ CUP					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทุก CUP มีการสอบสวนโรคตามเกณฑ์					
แหล่งข้อมูล	การสอบสวนโรค/ภาพการดำเนินงาน/One page					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสได้รับการกักกันตัวตามมาตรการของรัฐ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่จะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	2567
	ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่จะเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)	-	-	ร้อยละ 100		

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1-4 ตามปี งบประมาณ 2565	
วิธีการประเมิน	แบบสอบถามโรค/ภาพการดำเนินงาน/One page	
เกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100 ตามเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง	
เกณฑ์การให้คะแนน		
	ระดับ	คะแนนเต็ม
	ผ่าน	100
	ความสำเร็จ (คะแนน)	
	ทุก CUP ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้ที่ใช้เกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ร้อยละ 100	
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ร้อยละ 100	
หมายเหตุ		
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	1.เวสาลีช วรุตมะพงศ์พันธุ์ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน มือถือ 086-108-4757
	2.ณัฐวดี มุงคุณ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-6137530 ต่อ 3203 E-mail wiepid@gmail.com	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ 097-668-8411

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	7. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_30 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง น้ำดื่มฯ น้ำแข็ง ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์ OTOP และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 97				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด (ตามแผนเก็บตัวอย่าง)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ได้แก่ ตัวอย่างที่นำส่ง , บันทึกการเก็บตัวอย่าง , บันทึกคำให้การ(แล้วแต่กรณี)				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามแผนเก็บตัวอย่าง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
	ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	2561	2562	2563
			98.25	92.50	78.84
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 11 เดือน				
วิธีการประเมิน	1. วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน 2. รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมดที่แจ้งให้เก็บตัวอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน 3. รอบ 11 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 11				

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	7. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_31 ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเป้าหมายได้รับการตรวจสอบ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				
คำนิยาม	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสุขภาพเป้าหมาย หมายถึง สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ได้แก่ สถานที่ผลิตอาหาร เครื่องสำอาง ร้านขายยา คลินิก สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น				
เกณฑ์เป้าหมาย	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสุขภาพเป้าหมาย ร้อยละ 100				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่ผลิตอาหาร เครื่องสำอาง ร้านขายยา คลินิก สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพตามที่กำหนด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากบันทึกการตรวจประเมินของสถานที่ผลิตอาหาร(GMP) เครื่องสำอาง(GMP) ร้านขายยา(GPP) คลินิก สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสุขภาพที่ได้รับการตรวจ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสุขภาพตามที่กำหนดให้ตรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2563
	สถานประกอบการเป้าหมายได้รับการตรวจสอบ	ร้อยละ	100.00	92.50	97.25
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 11 เดือน				
วิธีการประเมิน	1. วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน เช่น แบบประเมินร้านขายยาตามเกณฑ์ GPP , บันทึกตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP เป็นต้น 2. รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากสถานประกอบการทั้งหมดที่กำหนดให้ตรวจ				

แผนงานที่	4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	7. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_32 ร้อยละของเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้รับการตรวจสอบและแก้ไข				
คำนิยาม	เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ หมายถึง เรื่องที่ประชาชนร้องเรียนว่าได้รับความเดือดร้อน หรือขอให้หน่วยงานตรวจสอบที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่สงสัยว่าไม่ปลอดภัย หรือเป็นอันตราย หรือไม่ได้มาตรฐาน				
เกณฑ์เป้าหมาย	เรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้รับการตรวจสอบและแก้ไข ร้อยละ 100				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ หรือผลิตภัณฑ์ หรือบริการสุขภาพ				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากบันทึกคำให้การ , บันทึกตรวจสอบสถานที่ , บันทึกเก็บตัวอย่าง ยืด आयัด(ถ้ามี) , ภาพถ่าย หรือคลิปวิดีโอ(ถ้ามี)				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตรวจและแก้ไข				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมดที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบ แก้ไข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2563
	เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตรวจสอบ แก้ไข	ร้อยละ	100.00	100.00	100.00
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 11 เดือน				
วิธีการประเมิน	1.วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน เช่น บันทึกคำให้การ , บันทึกตรวจสอบสถานที่ , บันทึกเก็บตัวอย่าง ยืด आयัด(ถ้ามี) , ภาพถ่าย หรือคลิปวิดีโอ(ถ้ามี) 2.รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเรื่องร้องเรียนทั้งหมดที่ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบ แก้ไข 3.รอบ 11 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 11				

แผนงานที่	5. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการ	8. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัด	MOU_33 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านระดับดีมาก 2. ร้อยละ โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านระดับดีมาก plus
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดระยองดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ดังนี้ ระดับพื้นฐาน 1. มีการสร้างกระบวนการพัฒนาโดยกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาฯ อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กรอย่างทั่วถึง และ 2. ดำเนินการตามเกณฑ์ฯ ข้อ 2 – 10 (รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานฯ ปี2562 ซึ่งสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัยได้ส่งให้ทุกโรงพยาบาลแล้ว) ระดับดี ดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานและ ข้อ 11 – 12 ระดับดีมาก ดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีและข้อ 13- 14 ระดับดีมากพลัส ดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากและข้อ 15- 16
เกณฑ์เป้าหมาย	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากร้อยละ 90 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก plus ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลระยองทุกสาขา) ในจังหวัดระยอง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลระยองทุกสาขา) ในจังหวัดระยอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่งส่งรายงานการประเมินตนเองให้สสจ.ทุกไตรมาส
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลระยองทุกสาขา) ในจังหวัดระยอง
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม

	<p>GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p>A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p> <p>A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก plus</p>																							
รายการข้อมูล 2	B จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดระยอง																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A1+A2+A3+A4/B) \times 100$ = ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</p> <p>$(A2+A3+A4/B) \times 100$ = ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p>$(A3+A4/B) \times 100$ = ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p> <p>$(A4/B) \times 100$ = ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยองที่ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก plus</p>																							
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงฯ ดำเนินโครงการ 9 แห่ง</td> <td>แห่ง</td> <td>ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 9 แห่ง</td> <td>ผ่านเกณฑ์ดี 2 แห่ง ดีมาก</td> <td>ผ่านเกณฑ์ดี 1 แห่ง ดีมาก</td> </tr> <tr> <td>2.โรงพยาบาลเอกชนร่วมดำเนินการ 4 แห่ง เข้าร่วมและผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 2 แห่ง</td> <td></td> <td>ดี 5 แห่ง ดีมาก</td> <td>3 แห่ง ดีมากพลัส</td> <td>8 แห่ง ดีมากพลัส</td> </tr> <tr> <td>3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 95 แห่ง พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 90 แห่ง</td> <td></td> <td>2 แห่ง ดีมากพลัส</td> <td>4 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	1.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงฯ ดำเนินโครงการ 9 แห่ง	แห่ง	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 9 แห่ง	ผ่านเกณฑ์ดี 2 แห่ง ดีมาก	ผ่านเกณฑ์ดี 1 แห่ง ดีมาก	2.โรงพยาบาลเอกชนร่วมดำเนินการ 4 แห่ง เข้าร่วมและผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 2 แห่ง		ดี 5 แห่ง ดีมาก	3 แห่ง ดีมากพลัส	8 แห่ง ดีมากพลัส	3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 95 แห่ง พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 90 แห่ง		2 แห่ง ดีมากพลัส	4 แห่ง	4 แห่ง
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน																				
		2562	2563	2564																				
1.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงฯ ดำเนินโครงการ 9 แห่ง	แห่ง	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 9 แห่ง	ผ่านเกณฑ์ดี 2 แห่ง ดีมาก	ผ่านเกณฑ์ดี 1 แห่ง ดีมาก																				
2.โรงพยาบาลเอกชนร่วมดำเนินการ 4 แห่ง เข้าร่วมและผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 2 แห่ง		ดี 5 แห่ง ดีมาก	3 แห่ง ดีมากพลัส	8 แห่ง ดีมากพลัส																				
3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 95 แห่ง พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 90 แห่ง		2 แห่ง ดีมากพลัส	4 แห่ง	4 แห่ง																				

ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเดือนละครั้ง รายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (ไตรมาส 2 รายงานผล 5 เดือนและไตรมาส 4 รายงานผล 10 เดือนด้วย)																			
วิธีการประเมิน	1.รพ.ประเมินตนเองและส่งรายงานการประเมินฯ ให้สสจ.ทุกวันที่ 15 ของเดือน 2. คณะตรวจประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเดินทางมาตรวจประเมินรพ.ทุกแห่งในทุกไตรมาส 3. สสจ.ประเมินวิเคราะห์และส่งรายงานให้ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี 4. รายงานผ่านระบบ Health KPI ทุกวันที่ 20 ของเดือน																			
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <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>โรงพยาบาล ทุกแห่งผ่าน เกณฑ์ระดับดี ขึ้นไป (ประเมิน ใหม่)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 8 แห่ง(ร้อยละ 88.89)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ 100)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อยละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 60)</td> <td>1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ระดับดีขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100) 3.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อย ละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 6 แห่ง (ร้อยละ60)</td> </tr> </tbody> </table>							3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	โรงพยาบาล ทุกแห่งผ่าน เกณฑ์ระดับดี ขึ้นไป (ประเมิน ใหม่)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 8 แห่ง(ร้อยละ 88.89)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ 100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อยละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 60)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ระดับดีขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100) 3.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อย ละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 6 แห่ง (ร้อยละ60)
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน														
โรงพยาบาล ทุกแห่งผ่าน เกณฑ์ระดับดี ขึ้นไป (ประเมิน ใหม่)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 8 แห่ง(ร้อยละ 88.89)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ 100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อยละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 60)	1.โรงพยาบาล ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก ระดับดีขึ้นไป 9 แห่ง (ร้อยละ100) 3.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก 9 แห่ง (ร้อย ละ 100) 4.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดี มากพลัส 6 แห่ง (ร้อยละ60)														

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดี	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง
5 เดือน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดี 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56)
6 เดือน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดี 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56)
9 เดือน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดี 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56)

10 เดือน	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดี	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	1.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก 9 แห่ง 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากพลัส 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56)
12 เดือน	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดี	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 8 แห่ง	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่ง	1.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก 9 แห่ง 2.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากพลัส 6 แห่ง (ร้อยละ 66.67)
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่.3คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่. 3. คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่. 3 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่ 3.คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่.3.คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ที่.3.คะแนน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่.3.คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่.3.คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่.3.คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่.3.คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่.3.คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 9 แห่งที่ 3.คะแนน				
หมายเหตุ					

<p>ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายภูวนารถ หมูปยัคฆ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รับผิดชอบภาพรวมโครงการ น้ำดื่ม น้ำใช้ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ 038967415 ต่อ 1106 มือถือ 0910109083 E-mail : mpwn.py@gmail.com 2. นางอารี ควรเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดการมูลฝอยทุกชนิด โทรศัพท์ 0936730530 E-mail : aree.khu@gmail.com 3. นายธรรมนุญ อัจริยะเมต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รับผิดชอบสิ่งแวดล้อมมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัย โทรศัพท์ 0957707755 E-mail : peemor_l@hotmail.com 4. นางสาวจิตร์ สุขศรี หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย รับผิดชอบ อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย E-mail : envocc01@gmail.com
-----------------------------------	--

แผนงานที่	5. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
โครงการ	8. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
ตัวชี้วัด	MOU_34 ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม				
คำนิยาม	<p>อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง Traditional Hazard และ Modern Hazard ได้แก่</p> <p>1) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)</p> <p>2) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่จังหวัดระยอง ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 กำหนดแผนการดำเนินงานด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ</p> <p>การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง จังหวัดการดำเนินการค้นหาและประเมินความเสี่ยง และกำหนดมาตรการการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามบริบทของพื้นที่ โดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นหน่วยงานที่ต้องกำหนดมาตรการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	61	62	63	64	65
	-	-	-	-	ร้อยละ 60 ของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) หน่วยงานสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต) ทุกแห่ง</p> <p>2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ อบจ./ ทน./ทม./ทต./อบต. ทุกแห่ง</p>				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	<p>1) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต) ทุกแห่ง</p> <p>2) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ส่งแผนปฏิบัติการและผลการปฏิบัติงานตามแบบประเมินการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยจัดเก็บข้อมูล จาก สสอ./ รพ./ รพ.สต. ในพื้นที่ กำหนดให้ สสอ. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมรายงาน ส่ง สสจ.</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชน ที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม จากระบบ Health Data Center (HDC SERVICE)</p>				

	กระทรวงสาธารณสุข และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในระบบ Google Form ไตรมาส 1 ,2,3 และ 4													
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาล /อปท. และระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข													
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลง ของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 2 โรค ได้แก่</p> <p>1) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลงจากปีที่ผ่านมา</p> <p>2) โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศ : อำเภอที่มีจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืด (ICD-10 : J450-J454, J442) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD (ICD-10: J441, J448, J449) ในช่วงการเฝ้าระวังสถานการณ์มลพิษทางอากาศของแต่ละพื้นที่ (ตั้งแต่มกราคม – เมษายน) ลดลงจากปีที่ผ่านมา</p> <p>สูตรคำนวณร้อยละอัตราป่วยฯ ลดลงจากค่ามัธยฐาน 3 ปีที่ผ่านมา</p> $\frac{[\text{อัตราป่วยฯ ปี 2565} - \text{ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยฯ 3 ปีที่ผ่านมา (2562 - 2564)}]}{\text{ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยฯ 3 ปีที่ผ่านมา (2562 - 2564)}} \times 100$ <p>หมายเหตุ : เครื่อง (-) หมายถึง การลดลง เครื่อง (+) หมายถึง เพิ่มขึ้น</p> <p>ซึ่งใช้ได้กับทุกโรค ยกเว้น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p>													
รายการข้อมูล2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลการประเมินผ่านเกณฑ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	ผลการประเมินผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2562	2563	2564										
ผลการประเมินผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	-										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมินรายไตรมาส</p> <p>ไตรมาสที่ 1 วันที่ 25 ธันวาคม 2564</p> <p>ไตรมาสที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2565</p> <p>ไตรมาสที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2565</p> <p>ไตรมาสที่ 4 วันที่ 25 สิงหาคม 2565</p>													
วิธีการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. อำเภอประเมินตนเองตามแบบประเมินการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. จังหวัดประเมินอำเภอ 3. เขต/ ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ 													

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	มีข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ		มีมาตรการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผลผลิตของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม		ร้อยละ 60 ของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผลผลิตของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	

ขั้นตอนการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. มีข้อมูลสถานการณ์ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น มีข้อมูล (เช่น สิ่งแวดล้อมสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น) การเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสื่อสารเตือนภัยและเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2. การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันทั่วทั้งที่ เช่น เฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค ดังนี้

- 2.1 โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)
- 2.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

โดยการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในพื้นที่ และการติดตามเฝ้าระวังการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการ กิจกรรม โดยใช้เครื่องมือและ Platform (Thai Stop COVID Plus)

ขั้นตอนที่ 3. สร้างความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ประชาชน และสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ คือ มีการจัดทำกระบวนการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน หรือการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนต่อการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน เช่น การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ และการเฝ้าระวัง และสื่อสารด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4. การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพ คลินิกมลพิษ มีระบบการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจกรรม ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด และ อสม./ทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5. มาตรการทางกฎหมาย ได้แก่ สนับสนุนการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจกรรม ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6. มาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ขึ้นกับอำเภอจะพิจารณาดำเนินการมาตรการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 7. อำเภอมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผลผลิตร้อยละ 60 ของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค ดังนี้

- 7.1 โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)
- 7.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน					ชั้นตอนที่ 1
5 เดือน				ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2
6 เดือน			ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 3
9 เดือน		ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4
10 เดือน	ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 5-6
12 เดือน	ชั้นตอนที่ 1-2	ชั้นตอนที่ 3	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 5-6	ชั้นตอนที่ 7

การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ชั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ชั้นตอน 2 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ชั้นตอน 3 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ชั้นตอน 4 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ชั้นตอน 5-6 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ร้อยละ 60 ของอำเภอมีอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องและมลพิษสิ่งแวดล้อมลดลง</p>
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางอารี ควรเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รับผิดชอบ : ภาพรวมของตัวชี้วัด สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการอื่นๆ สื่อสารความเสี่ยง และการรายงานผลการดำเนินงาน โทร. 093 6730530 e-mail : aree.khu@gmail.com</p> <p>2. นายภูวนารถ หมุ่มพยัคฆ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รับผิดชอบ : การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง โทร./Line id : 091 0109083 e-mail : mpwn.py@gmail.com</p> <p>3. นางสาวนิตยา จวบลอย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รับผิดชอบ : ฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สื่อสารความเสี่ยง การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง โทร./Line id : 081 0515387 e-mail : snoopy_19nn@hotmail.com</p> <p>4. นางภัทรา เกษชม รับผิดชอบ : ข้อมูลสถานการณ์ แจ้งเตือนความเสี่ยง ฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพด้านอาชีวอนามัย โทร./Line id : 085 2791493 e-mail : patra.p2522@gmail.com</p>

แผนงานที่	5. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการ	8. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัด	MOU_35 ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพตามฐานชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) มาตรฐานสถานที่ทำงานด้านโควิด
คำนิยาม	<p>การเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพในสถานที่ทำงานตามฐานชีวิตวิถีใหม่ฐานชีวิตวิถีใหม่ (New normal) หมายถึงการป้องกันความเสี่ยงทั้งด้านจากการทำงาน ด้านการป้องกันโรคติดต่อในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงด้านอื่นๆ (Total worker health) โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาสถานที่ทำงานโรงพยาบาลตามเกณฑ์ New normal (COVID 19 plus) ให้ผ่านมาตรฐาน พัฒนาสถานที่ทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ New normal พัฒนาสถานประกอบการให้เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังไวรัส 2019 ตามมาตรการ Bubble and Seal ด้วย Good Factory Practice สนับสนุนการดำเนินงานสถานประกอบการขนาดกลาง (จำนวนลูกจ้าง 50-199) และขนาดเล็ก (จำนวนลูกจ้างไม่เกิน 49 คน) เน้นสปก.ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ 5 โรคตามพ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพฯ ให้ผ่านเกณฑ์สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็นสุข/สถานประกอบการสุขภาพดีวัยทำงาน (Company Wellness Center)
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาสถานที่ทำงานโรงพยาบาลตามเกณฑ์ New normal (COVID 19 plus) ให้ผ่านมาตรฐาน 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนาสถานที่ทำงานรพ.สต.ตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล New normal อำเภอละ 1 แห่ง <ul style="list-style-type: none"> - สถานประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย กายใจเป็นสุข เครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) ละอย่างน้อย 1 แห่งและ - รพ.ระยอง เฉลิมพระเกียรติฯ และแกลง มีสถานประกอบการสุขภาพดีวัยทำงาน (Company Wellness Center รพ.ละ 1 แห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการสาธารณสุข (รพ. /รพ.สาขา/รพ.สต.) 2. สถานประกอบการ/วิสาหกิจชุมชน
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่ง 2. รพ.สต. 3. สสอ.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ. และรพ.สต. ประเมินตนเองและส่งรายงานให้สสจ.ทุกไตรมาส (ภายในวันที่ 15 ของเดือนในไตรมาสนั้นๆ)					
แหล่งข้อมูล						
รายการข้อมูล 1	A. จำนวนโรงพยาบาล รพ.สต.ในแต่ละสสอ. ที่ดำเนินโครงการตามเกณฑ์เป้าหมาย					
รายการข้อมูล 2	B. จำนวนโรงพยาบาล และสสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลระยอง สาขา 2 แห่ง และสสอ. 8 แห่ง	แห่ง			รพ. New normal (COVID 19 Plus 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับทอง 1 แห่ง รพ.สต. New normal ผ่านเกณฑ์ 2 อำเภอ 3 แห่ง (2 แห่ง 1 อำเภอ 1 แห่ง 1 อำเภอ)	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส					
วิธีการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการสุขภาพประเมินตนเองและส่งรายงานให้สสจ. 2. สสจ.รวบรวมข้อมูลส่งสคร. 3. การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศงาน 					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่งรายงานประเมินตนเองผ่านระบบ	รพ./รพ.สต.ฯ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานใน	รพ./รพ.สต.ฯ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานใน	รพ./รพ.สต.จัดการความเสี่ยงในการทำงาน (รพ./รพ.สต.สปก.	รพ./รพ.สต.ฯ รายงานการจัดการความเสี่ยงในการทำงาน (รพ./รพ.	รพ./รพ.สต.ฯ รายงานสรุปผลรูปแบบและข้อเสนอแนะ

	ออนไลน์/ เอกสาร สปก. วิสาหกิจ ชุมชนมีแผน จัดทำ มาตรการ ป้องโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต. /สปก. วิสาหกิจ ชุมชนจัดทำ มาตรการ ป้องโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต. /สปก. วิสาหกิจ ชุมชนใน พื้นที่มี มาตรการ ป้องโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and)	วิสาหกิจ ชุมชนใน พื้นที่มีการ ดำเนินการ ตาม มาตรการ ป้องโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and) ด้าน สาธารณสุข	สต./สปก. วิสาหกิจ ชุมชนใน พื้นที่มี มาตรการ ป้องโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and) ด้าน สังคม	ะการ ดำเนินงาน รพ./รพ.สต. สปก. วิสาหกิจ ชุมชนใน พื้นที่มีแผน ยกระดับสู่ มาตรการ ควบคุมโรค ในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อ รองรับกรณี ผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ
--	--	--	--	--	---	--

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่ง รายงานประเมิน ตนเองผ่านระบบ ออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนจัดทำ มาตรการป้องโรค ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชน จัดทำมาตรการ ป้องโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) ด้าน สาธารณสุข	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการ จัดการความเสี่ยง ในที่ทำงาน (รพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) ด้านสังคม	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะรพ./ รพ.สต.๑ รายงาน สรุปผลรูปแบบ และข้อเสนอแนะ การดำเนินงาน รพ./รพ.สต. สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี

					แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ
5 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่ง รายงานประเมิน ตนเองผ่านระบบ ออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนจัดทำ มาตรการป้องกันโรค ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชน จัดทำมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) ด้าน สาธารณสุข	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการ จัดการความเสี่ยง ในที่ทำงาน (รพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) ด้านสังคม	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน รพ./ รพ.สต. สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ
6 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่ง รายงานประเมิน ตนเองผ่านระบบ ออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนจัดทำ	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชน จัดทำมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความ เสี่ยงจากการ ทำงานในรพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการ จัดการความเสี่ยง ในที่ทำงาน (รพ./ รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนใน พื้นที่มีมาตรการ ป้องกันโรคในพื้นที่	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน รพ./ รพ.สต. สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี

	มาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	เฉพาะ (Bubble and seal)	เฉพาะ (Bubble and seal) ด้านสาธารณสุข	เฉพาะ (Bubble and seal) ด้านสังคม	แผนยกระดับสู่มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal) เพื่อรองรับกรณีผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อ
9 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่งรายงานประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนจัดทำมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนจัดทำมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal) ด้านสาธารณสุข	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการจัดการความเสี่ยงในที่ทำงาน (รพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal) ด้านสังคม	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผลรูปแบบและข้อเสนอแนะการดำเนินงาน รพ./รพ.สต. สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนยกระดับสู่มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal) เพื่อรองรับกรณีผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อ
10 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่งรายงานประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนจัดทำมาตรการป้องกันโรค	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนจัดทำมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการจัดการความเสี่ยงในที่ทำงาน (รพ./รพ.สต./สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผลรูปแบบและข้อเสนอแนะการดำเนินงาน รพ./รพ.สต. สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนยกระดับสู่

	ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	เฉพาะ (Bubble and seal)	and)ด้านสาธารณสุข	เฉพาะ (Bubble and) ด้านสังคม	มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับกรณีผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อ
12 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมายส่ง รายงานประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนจัดทำ มาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชน จัดทำมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and seal)	รพ./รพ.สต.๑ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในรพ./รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and) ด้านสาธารณสุข	รพ./รพ.สต.๑ รายงานการจัดการความเสี่ยงในที่ทำงาน (รพ./รพ.สต./สปก. วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and) ด้านสังคม	รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผลรูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน รพ./รพ.สต. สปก.วิสาหกิจชุมชนในพื้นที่มีแผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับกรณีผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อ

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	รพ./รพ.สต. เป้าหมาย 1-2 แห่งส่งรายงาน ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร	รพ./รพ.สต. เป้าหมาย 3-4 แห่งส่งรายงาน ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร	รพ./รพ.สต. เป้าหมาย 5-6 แห่งส่งรายงาน ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร	รพ./รพ.สต. เป้าหมาย 7-8 แห่งส่งรายงาน ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอกสาร	รพ./รพ.สต. เป้าหมายทุกแห่งส่งรายงาน ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์/เอก

	และข้อเสนอแนะ รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ	และข้อเสนอแนะ รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ	และข้อเสนอแนะ รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ	และข้อเสนอแนะ รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะการ ดำเนินงาน สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการควบคุม โรคในพื้นที่ เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับ กรณีผู้ปฏิบัติงาน ติดเชื้อ	และ ข้อเสนอแนะ รพ./รพ.สต.๑ รายงานสรุปผล รูปแบบ และ ข้อเสนอแนะ การดำเนินงาน สปก.วิสาหกิจ ชุมชนในพื้นที่มี แผนยกระดับสู่ มาตรการ ควบคุมโรคใน พื้นที่เฉพาะ (Bubble and) เพื่อรองรับกรณี ผู้ปฏิบัติงานติด เชื้อ
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 6 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 9 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 10 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 12 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้				
	รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 6 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 9 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 10 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	
	รอบ 12 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....	ที่.....	คะแนน	

หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>1. นายภูวนารถ หมูปยัคฆ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รับผิดชอบตัวชี้วัดการเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพตามฐานชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) มาตรฐานสถานที่ทำงานต้านโควิด โครงการสถานประกอบการ/วิสาหกิจชุมชนปลอดภัยฯ ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงานฯ โทร./Line id : 0910109083 E mail: mpwn.py@gmail.com</p> <p>2. นส.นิตยา จวบลอย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ การจัดการบริการอาชีวอนามัยฯ โรงพยาบาล โทร./Line id : 0810515387 E mail: snoopy_19nn@hotmail.com</p> <p>3. นายธรรมนุญ อัจจริยเมต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รับผิดชอบการจัดบริการ อาชีวอนามัย รพ.สต. โทร./Line id : 0957707755 E mail: peemor_l@hotmail.com</p> <p>4. นางสาวจิตรี สุขศรี หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม (โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม) โทร./Line id : 0838164040 E mail: envocc21@gmail.com</p>



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 :
ด้านระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่	6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_36 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

	<p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 44</p>					
วัตถุประสงค์	<p>- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. ในจังหวัด				
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	<p>A= จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ รพศ./รพท./รพช. ที่เปิดดำเนินการ</p> <p>(จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการสะสมจนถึงปี2565 ทั้งสิ้น 18 แห่ง เป็นข้อมูลสะสมเดิม)</p>				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย ตามแผน 10 ปี				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	2562	2563	2564
	-	-	-	17 แห่ง	1 แห่ง

ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน					
วิธีการประเมินผล	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	<p>1.มีแผนการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี</p> <p>2.มีคำสั่งคณะกรรมการการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>3.มีแผนการบริหารจัดการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>4.มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเปราะบางและการดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ</p>			<p>1.มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิใน รพศ./รพท.แห่งละ 2 ทีม,รพช.แห่งละ 1 ทีม(ทีมใหม่ในปี65)</p> <p>2.รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี ร้อยละ 20-24 และ รพศ./รพท.แห่งละ 2 ทีม,รพช.แห่งละ 1 ทีม</p> <p>3.รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี ร้อยละ 25-29 และ รพศ./รพท.แห่งละ 2 ทีม,รพช.แห่งละ 1ทีม</p> <p>4.รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี ร้อยละ 30-35 และ รพศ./รพท.แห่งละ 2 ทีม,รพช.แห่งละ 1ทีม</p> <p>5.รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี ร้อยละ 36-44 และ รพศ./รพท.แห่งละ 2 ทีม,รพช.แห่งละ 1ทีม</p>		
เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	รอบ 6 เดือน	-	-	ข้อ 1- 2	ข้อ1-3	ข้อ1 - 4
	รอบ 12 เดือน	ข้อ1	ข้อ1-2	ข้อ1-3	ข้อ1-4	ข้อ1-5

เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม จังหวัด ปี 2563	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	6 เดือน			3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง
	12 เดือน			5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9-12 แห่ง
การสรุปภาพรวม ในภาพจังหวัด	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเปิดดำเนินการในพื้นที่ร้อยละ 44 ประเมินผ่านที่ 3 คะแนน รอบ 6 เดือน ประเมินผ่านที่ 3 คะแนน รอบ 12 เดือน					
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางสาวอังคณิสสร ชมเชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 มือถือ 099-2529199 E-mail garayong@yahoo.com					

แผนที่	6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_37 (PA_H_03) ร้อยละ 50 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก Db Pop ณ 30 กันยายน 2564)</p> <p>หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูล ของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย เป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้พิการ กลุ่ม IMC (Intermediate Care) ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19 โดยการประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accessibility : ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ 2) Health security เกิดความมั่นใจ 3) Health Literacy <p>หมอคคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคคนที่ 2 และหมอคคนที่ 3</p> <p>หมอคคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU , คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบครัวบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 – 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อไปประสานงานกับ อสม. หมอคคนที่ 1 และหมอคคนที่ 3</p> <p>หมอคคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้ หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช.ทุกแห่ง					
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพศ./รพท./รพช.ทุกแห่ง					
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ					
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รพศ./รพท./รพช.ทุกแห่ง					
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับหมอประจำตัว 3 คน					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชาชนทั้งหมดในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท./รพช.					
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
	-	-	2565	2566	2567	
	-	-	-	-	-	
หมายเหตุ : ตัวชี้วัดใหม่						
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2, ไตรมาส 3 และไตรมาส 4					
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินพื้นที่					
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 30		ร้อยละ 40		ร้อยละ 50	
เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	6 เดือน	ร้อยละ 15-18	ร้อยละ 19-21	ร้อยละ 22-24	ร้อยละ 25- 27	ร้อยละ 28- 30
	9 เดือน	ร้อยละ 31- 32	ร้อยละ 33- 34	ร้อยละ 35- 36	ร้อยละ 37- 38	ร้อยละ 39- 40
	12 เดือน	ร้อยละ 40- 42	ร้อยละ 43- 44	ร้อยละ 45- 46	ร้อยละ 47- 48	ร้อยละ 49- 50

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 6 เดือน ผ่านระดับ 3 รอบ 9 เดือน ผ่านระดับ 3 รอบ 12 เดือน ผ่านระดับ 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมในจังหวัด	รอบ 6 เดือน ผ่านระดับ 3 5 แห่ง รอบ 9 เดือน ผ่านระดับ 3 5 แห่ง รอบ 12 เดือน ผ่านระดับ 5 5 แห่ง
การสรุปภาพรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท./รพช. มีหมอ 3 คน ร้อยละ 50
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวอังคณิสร์ ชมเชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 มือถือ 099-2529199 E-mail qarayong@yahoo.com

แผนที่	6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_38 (PA_H_04 & PA_S_02) ระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทย มี หมอประจำตัว 3 คน
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก Db Pop ณ 30 กันยายน 2564)</p> <p>หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้พิการ กลุ่ม IMC (Intermediate Care) ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19 โดยการประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accessibility : ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ 2) Health security เกิดความมั่นใจ 3) Health Literacy <p>หมอคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3</p> <p>หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU , คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบครัวบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้ง พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 – 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3</p> <p>หมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้ หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ร้อยละ 100

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ 8 อำเภอ				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง				
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเอง และครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ				
วิธีจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน/ การลงประเมินพื้นที่				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับหมอประจำตัว 3 คน				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชาชนทั้งหมดในอำเภอที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	2565	2566	2567
	-	-	-	-	-
หมายเหตุ : ตัวชี้วัดใหม่ปี65 (จังหวัดระยอง)					
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 ,ไตรมาส 3,ไตรมาส 4				
วิธีการประเมิน	รอบ	วิธีการประเมิน			
	6 เดือน	1.มีแผนงานโครงการ “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว3คน” 2.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน 3.มีการจัดบริการ ด้านรักษา ส่งเสริมป้องกันโรค การให้คำปรึกษา คຸ້ມครองฯ การดูแลส่งต่อ การฟื้นฟูสุขภาพ 4.มีช่องทางการสื่อสาร และให้คำปรึกษา รับ – ส่ง ระหว่าง 3 หมอและประชาชน 5.กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยIMC และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากCovid 19 ได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลจากหมอ ประจำบ้าน และรายงานผลให้ สสจ.ทราบ			
	9 เดือน	1.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 15 2.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 20 3.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 35			

		<p>4.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 40</p> <p>5.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 45</p> <p>** ทั้งนี้ให้สรุปรายงานรูปแบบไฟล์ electronic ให้กับสสจ.</p>				
	12 เดือน	<p>1.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 20</p> <p>2.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 30</p> <p>3.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 40</p> <p>4.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 50</p> <p>5.มีทะเบียนประชาชนคู่กับหมอ 3 คน ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>** ทั้งนี้ให้สรุปรายงานรูปแบบไฟล์ electronic ให้กับสสจ.</p>				
เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	6 เดือน	ข้อ1	ข้อ1-2	ข้อ1-3	ข้อ1-4	ข้อ1-5
	9 เดือน	ข้อ1	ข้อ1-2	ข้อ1-3	ข้อ1-4	ข้อ1-5
	12 เดือน	ข้อ1	ข้อ2	ข้อ3	ข้อ4	ข้อ5
เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวมใน จังหวัด	<p>รอบ 6 เดือน ผ่าน 3 คะแนน 5 แห่ง</p> <p>รอบ 9 เดือน ผ่าน 4 คะแนน 5 แห่ง</p> <p>รอบ 12 เดือน ผ่าน 5 คะแนน 5 แห่ง</p>					
การสรุปภาพรวม ในภาพจังหวัด	ร้อยละระดับความสำเร็จของจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 50					
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>นางสาวอังคณิสร์ ชมเชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202</p> <p>มือถือ 099-2529199 E-mail qarayong@yahoo.com</p>					

แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการ	10. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.
ตัวชี้วัด	MOU_39 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)</p> <p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน (เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 7 คน)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาล 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net และ http://fv.phc.hss.moph.go.th/
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน (อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 7 คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>= (รายการข้อมูล A /รายการข้อมูล B X 100</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	100	80	-
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
วิธีการประเมิน	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด				
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	1. มีฐานข้อมูลของ อสม. หมอประจำบ้าน 2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	3. เพิ่มพูนทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน 441 คน 4. ถ่ายทอดความรู้ อสม. ทุกคน 5. ขึ้นทะเบียนประชาชนเขตพื้นที่ทุกครอบครัว	6. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยร้อยละ 35	7. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยร้อยละ 75	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	ข้อ 1-2	ข้อ 1-5
9 เดือน			ข้อ 1-2	ข้อ 1-5	ข้อ 1-6
12 เดือน	-	ข้อ 1-2	ข้อ 1-5	ข้อ 1-6	ข้อ 1-7
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	ข้อ 1-2	ข้อ 1-5
9 เดือน			ข้อ 1-2	ข้อ 1-5	ข้อ 1-6
12 เดือน	-	ข้อ 1-2	ข้อ 1-5	ข้อ 1-6	ข้อ 1-7

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน - รอบ 6 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ที่ 5 .คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-7 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน - รอบ 6 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ที่ 5 .คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-7 ที่ 5 คะแนน
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตดี
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางกิตติกา อินทร์ตา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวปรารถนา อรัญศักดิ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3864 3430 ต่อ 4202 โทรศัพท์มือถือ : 09 8293 4946 E-mail : banlang@hotmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัด	MOU_40 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 ICD-10 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 รหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 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	โรงพยาบาล / สสอ. / รพ.สต. ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		ร้อยละ	33.81	34.15	36.69
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	
3 เดือน	-	-	-	-	-	
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	
3 เดือน	-	-	-	-	-	
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	

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_41 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส I10-I15 และได้รับการขึ้นทะเบียน / ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง มีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60				
ประชากร	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
กลุ่มเป้าหมาย	(Type area 1 และ 3)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สสอ. / รพสต. ทุกแห่ง				
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				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	46.91	46.11	47.73
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
วิธีการประเมิน	ติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน				
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ				

	<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) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”) โดย Type ara 1 หมายถึง มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area 3 หมายถึง มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = 099 (สัญชาติไทย)</p>												
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <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>≥ 20</td> <td>≥ 20</td> <td>40</td> <td>≥ 50</td> <td>≥ 60</td> </tr> </table>	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	-	≥ 20	≥ 20	40	≥ 50	≥ 60
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								
3 เดือน	-	-	-	-	-								
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
3 เดือน	-	-	-	-	-
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 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 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 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 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.เกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 09 3925 5463 E-mail ong1967@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_42 ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน / ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (conscious Change) หรือสัญญาณชีพผิดปกติ (Abnormal Vital Signs) และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่จัดอยู่ในกลุ่ม DKA และ Hyperosmolar Coma</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สสอ. / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด (Type 1 และ Type 3X				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	ร้อยละ	2.16	2.01	1.79
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
วิธีการประเมิน	ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4				
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข				

	<p>A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ, PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) และได้รับการวินิจฉัยในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD / DIAGNOSIS_IPD ด้วยรหัส ICD-10 E16.0, E16.1, E16.2, E10.0, E11.0, E12.0, E13.0, E14.0</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") (โดย "1" คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง, "3" คือ มาอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p>																	
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" data-bbox="400 875 1439 992"> <tr> <td data-bbox="400 875 560 931">3 เดือน</td> <td data-bbox="560 875 719 931">5 เดือน</td> <td data-bbox="719 875 879 931">6 เดือน</td> <td data-bbox="879 875 1038 931">9 เดือน</td> <td data-bbox="1038 875 1198 931">10 เดือน</td> <td data-bbox="1198 875 1439 931">12 เดือน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 931 560 992">-</td> <td data-bbox="560 931 719 992">≤ ร้อยละ 2</td> <td data-bbox="719 931 879 992">≤ ร้อยละ 2</td> <td data-bbox="879 931 1038 992">-</td> <td data-bbox="1038 931 1198 992">≤ ร้อยละ 2</td> <td data-bbox="1198 931 1439 992">≤ ร้อยละ 2</td> </tr> </table>						3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	-	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	-	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
-	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	-	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																		
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
3 เดือน	-	-	-	-	-													
5 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
6 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
9 เดือน	-	-	-	-	-													
10 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
12 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด																		
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
3 เดือน	-	-	-	-	-													
5 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
6 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
9 เดือน	-	-	-	-	-													
10 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													
12 เดือน	> 3.5	3.5	3	2.5	≤ ร้อยละ 2													

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 2 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.เกศริทธิ์ ปิ่นอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 09 3925 5463 E-mail ong1967@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_43 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD 10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการ / ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>การตรวจ HbA1C หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C ; HbA1C) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สสอ. / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C ; HbA1C) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2563
	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	ร้อยละ	65.46	67.36	68.60
ระยะเวลา	12 เดือน				
ประเมินผล	ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4				
วิธีการประเมิน	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)				

	<p>A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 1 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) (TYPEAREA 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง, TYPEAREA 3 = มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST = “0531601”)</p> <p>B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) (TYPEAREA 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง, TYPEAREA 3 = มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p>																																										
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <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>≥ ร้อยละ 30</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 55</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </table>	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70																														
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																																						
-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70																																						
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</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>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>< 15</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>≥ 30</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>< 25</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>≥ 40</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>< 25</td> <td>25</td> <td>35</td> <td>45</td> <td>≥ 55</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>< 30</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>≥ 60</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>< 40</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>≥ 70</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	-	-	-	-	-	5 เดือน	< 15	15	20	25	≥ 30	6 เดือน	< 25	25	30	35	≥ 40	9 เดือน	< 25	25	35	45	≥ 55	10 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60	12 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	-	-	-	-	-																																						
5 เดือน	< 15	15	20	25	≥ 30																																						
6 เดือน	< 25	25	30	35	≥ 40																																						
9 เดือน	< 25	25	35	45	≥ 55																																						
10 เดือน	< 30	30	40	50	≥ 60																																						
12 เดือน	< 40	40	50	60	≥ 70																																						

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

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.เกศริทธิ์ ปิ่นอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 09 3925 5463 E-mail ong1967@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม				
ตัวชี้วัดย่อย	MOU_44 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)				
คำนิยาม	<p>ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 				
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 7				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke; I60-I69)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	ร้อยละ	11.00	10.59	11.85

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	< 7	-	< 7	< 7	-	< 7
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
9 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
9 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7	
เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน					

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัด	11. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ตัวชี้วัดย่อย	MOU_45 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)</p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล) (Admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 25
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
)อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)	ร้อยละ	29.40	29.25	27.66	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	< 25	-	< 25	< 25	-	< 25
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
9 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
9 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 40	≥ 35	≥ 30	≥ 25	< 25	

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง																
ตัวชี้วัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม																
ตัวชี้วัดย่อย	MOU_46 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)																
คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไวนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) 																
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 5																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) จากทุกหอผู้ป่วย																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke : I63)																
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>4.72</td> <td>3.41</td> <td>4.94</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)	ร้อยละ	4.72	3.41	4.94			
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน													
		2562	2563	2564													
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)	ร้อยละ	4.72	3.41	4.94													

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	< 5	-	< 5	< 5	-	< 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
9 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
9 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 20	≥ 15	≥ 10	≥ 5	< 5	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน					

<p>การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด</p>	<p><u>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 5..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด</p>	<p>น.ส.ลภัสสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ</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	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม				
ตัวชี้วัดย่อย	MOU_47 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time)				
คำนิยาม	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to Needle Time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลระดับ A, M และ รพ.ปลวกแดง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	รายงานจากโรงพยาบาล.				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2564
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to Needle Time)	ร้อยละ	65.22	82.93	85.33

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ 65	-	≥ 65	≥ 65	-	≥ 70
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน					

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	<p><u>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้</p> รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 70..... ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.ลภัสสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม				
ตัวชี้วัดย่อย	MOU_48 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) ≥ 75				
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)</p> <p>2. การรักษาใน Stroke Unit: หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ 				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลระดับ A และ M1 และ รพ.ปลวกแดง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	รายงานจากโรงพยาบาล				
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	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2561	2562	2564
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	77.94	93.43	82.06

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ 70	-	≥ 70	≥ 70	-	≥ 75
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
9 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 75	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
9 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 75	
เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน					

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัด	MOU_49 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 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) ที่</p>

	<p>เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4.หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งรับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงาน</p> <p>4.2 โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4.3 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล</p>															
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="400 763 746 880">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="746 763 911 880">ปีงบประมาณ ณ 62</th> <th data-bbox="911 763 1075 880">ปีงบประมาณ ณ 63</th> <th data-bbox="1075 763 1256 880">ปีงบประมาณ ณ 64</th> <th data-bbox="1256 763 1420 880">ปีงบประมาณ ณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 880 746 1104">อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td data-bbox="746 880 911 1104">85</td> <td data-bbox="911 880 1075 1104">85</td> <td data-bbox="1075 880 1256 1104">88</td> <td data-bbox="1256 880 1420 1104">88</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1104 746 1384">อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td data-bbox="746 1104 911 1384">82.5</td> <td data-bbox="911 1104 1075 1384">82.5</td> <td data-bbox="1075 1104 1256 1384">85</td> <td data-bbox="1256 1104 1420 1384">88</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ณ 62	ปีงบประมาณ ณ 63	ปีงบประมาณ ณ 64	ปีงบประมาณ ณ 65	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88	88	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	85	88
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ณ 62	ปีงบประมาณ ณ 63	ปีงบประมาณ ณ 64	ปีงบประมาณ ณ 65												
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88	88												
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	85	88												
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>															

หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมทั้งรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมทั้งรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2019

<p>สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ 2</p>	<p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>
<p>ระยะเวลา ประเมินผล</p>	<p>1.ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 2.ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2565 3.ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</p>
<p>วิธีการประเมิน</p>	<p>1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564)</p> <p>1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่</p>

เกณฑ์การประเมิน		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ 22	ร้อยละ 44	ร้อยละ 66	ร้อยละ 88
<p>หมายเหตุ :</p> <p>ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565</p>					
วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดย ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	85.33	86.34	84.4
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	144.21	99.64	113.76

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	-	-
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88
12 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	-	-
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88
12 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88

เกณฑ์การประเมิน ที่ 2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	22	33	44	66	77	88

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	11-14.9	15-18.9	19-21.9	≥22
5 เดือน	<20	21-24.9	25-28.9	19-32.9	≥33
6 เดือน	<30	31-35.9	36-39.9	40-43.9	≥44
9 เดือน	<50	51-55.9	56-60.9	61-65.9	≥66
10 เดือน	<60	61-66.9	67-71.9	72-76.9	≥77
12 เดือน	<70	71-76.9	77-82.9	83-87.9	≥88

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	11-14.9	15-18.9	19-21.9	≥22
5 เดือน	<20	21-24.9	25-28.9	19-32.9	≥33
6 เดือน	<30	31-35.9	36-39.9	40-43.9	≥44
9 เดือน	<50	51-55.9	56-60.9	61-65.9	≥66
10 เดือน	<60	61-66.9	67-71.9	72-76.9	≥77
12 เดือน	<70	71-76.9	77-82.9	83-87.9	≥88
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางนภสอร ฤกษ์ธงชัยสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>โทรศัพท์ 038-967417 มือถือ 081-7579653</p> <p>E-mail napasa_kung@hotmail.com</p>				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัด	MOU_50 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 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) ที่เป็น</p>

	<p>ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4.หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งรับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงาน</p> <p>4.2 โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4.3 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล</p>															
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1" data-bbox="400 786 1422 1223"> <thead> <tr> <th data-bbox="400 786 746 887">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="746 786 908 887">ปีงบประมาณ ณ 62</th> <th data-bbox="908 786 1069 887">ปีงบประมาณ ณ 63</th> <th data-bbox="1069 786 1251 887">ปีงบประมาณ 64</th> <th data-bbox="1251 786 1422 887">ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 887 746 1037">อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td data-bbox="746 887 908 1037">85</td> <td data-bbox="908 887 1069 1037">85</td> <td data-bbox="1069 887 1251 1037">88</td> <td data-bbox="1251 887 1422 1037">88</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1037 746 1223">อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td data-bbox="746 1037 908 1223">82.5</td> <td data-bbox="908 1037 1069 1223">82.5</td> <td data-bbox="1069 1037 1251 1223">85</td> <td data-bbox="1251 1037 1422 1223">88</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ณ 62	ปีงบประมาณ ณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88	88	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	85	88
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ณ 62	ปีงบประมาณ ณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65												
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88	88												
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	85	88												
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>															
<p>หน่วยบริการที่รับ การประเมิน</p>	<p>รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง</p>															

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2019

<p>สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ 2</p>	<p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>
<p>ระยะเวลา ประเมินผล</p>	<ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2565 ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
<p>วิธีการประเมิน</p>	<ol style="list-style-type: none"> การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน ไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) กรณีแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มี บริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบ ดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

เกณฑ์การประเมิน		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ 22	ร้อยละ 44	ร้อยละ 66	ร้อยละ 88
<p>หมายเหตุ :</p> <p>ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565</p>					
วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดย ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	85.33	86.34	84.4
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	144.21	99.64	113.76	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	-	-
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88
12 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	-	-	-	-	-
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88
12 เดือน	<82	82-83.9	84-85.9	86-87.9	≥88

เกณฑ์การประเมิน

ที่ 2

3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
22	33	44	66	77	88

** อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	11-14.9	15-18.9	19-21.9	≥22
5 เดือน	<20	21-24.9	25-28.9	19-32.9	≥33
6 เดือน	<30	31-35.9	36-39.9	40-43.9	≥44
9 เดือน	<50	51-55.9	56-60.9	61-65.9	≥66
10 เดือน	<60	61-66.9	67-71.9	72-76.9	≥77
12 เดือน	<70	71-76.9	77-82.9	83-87.9	≥88

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	11-14.9	15-18.9	19-21.9	≥22
5 เดือน	<20	21-24.9	25-28.9	19-32.9	≥33
6 เดือน	<30	31-35.9	36-39.9	40-43.9	≥44
9 เดือน	<50	51-55.9	56-60.9	61-65.9	≥66
10 เดือน	<60	61-66.9	67-71.9	72-76.9	≥77
12 เดือน	<70	71-76.9	77-82.9	83-87.9	≥88
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ชื่อ นางนภสอร ฤกษ์ธงชัยสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-967417 มือถือ 081-7579653 E-mail napasa_kung@hotmail.com				

แผนที่	7. การพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_51 (PA_H_05 & PA_S_03) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตาม มาตรการ														
คำนิยาม	<p>1. “กิจการ กิจกรรม สถานประกอบการ” หมายถึง สถานประกอบกิจการ หรือสถานที่ สาธารณะ ซึ่งประชาชนใช้บริการในชีวิตประจำวัน หรือสถานที่ที่มีการรวมกันของกลุ่มคน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ตลาด 1.2 ร้านอาหาร 1.3 สถานศึกษา 1.4 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 1.5 โรงงาน 1.6 โรงแรม 1.7 ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี 1.8 ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมูนิตี้มอลล์ 1.9 ฟิตเนส เซ็นเตอร์ <p>2. “มาตรการ” หมายถึง คำแนะนำ แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุข แนวปฏิบัติด้านส่งเสริมสุขภาพ แนวปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการหรือมาตรฐานความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ ตามที่กรมอนามัยกำหนด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	-	-	-	-	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
-	-	-	-	ร้อยละ 90											
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและขับเคลื่อนกิจการ กิจกรรม สถานประกอบการ ให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 รองรับสุขภาพวิถีใหม่														
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตลาด 2. ร้านอาหาร 3. สถานศึกษา 4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 5. โรงงาน 														

	6. โรงแรม 7. ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี 8. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมูนิตี้มอลล์ 9. ฟิตเนส เซ็นเตอร์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ ประเมินตนเองตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 ผ่านระบบ Thai Stop COVID Plus 2. หน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น อปท. สสอ. สุ่มตรวจประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรการสำหรับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการในพื้นที่ โดยการสุ่มตรวจและกระตุ้นสถานประกอบการให้ดำเนินการประเมินตามมาตรการผ่าน Platform TSC Plus 3. หน่วยงานระดับจังหวัด ติดตามผลการดำเนินงานผ่าน Platform TSC Plus 4. สสจ.ระยอง รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามมาตรการของกิจการ/ปัญหาการดำเนินงาน/ข้อประเมินที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในภาพรวมของจังหวัดพร้อมนำเสนอ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Platform Thai Stop COVID Plus (TSC+)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการเป้าหมาย ที่ประเมินตนเอง และปรากฏผลการประเมิน “ผ่าน” จาก Platform Thai Stop COVID Plus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการเป้าหมาย ที่ประเมินตนเองใน Platform Thai Stop COVID Plus
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$ = ร้อยละของกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการเป้าหมาย ที่มีการปฏิบัติตามตามมาตรการ
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 3 เดือน (ตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) รอบที่ 2 : 5 เดือน (ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565) รอบที่ 3 : 6 เดือน (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565) รอบที่ 4 : 9 เดือน (ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565) รอบที่ 5 : 10 เดือน (ตุลาคม 2564 - กรกฎาคม 2565) รอบที่ 6 : 12 เดือน (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)
เกณฑ์การให้คะแนน	- ร้อยละของกิจการ กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ ที่มีการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 ผ่านระบบ Thai Stop COVID Plus และผ่านตามเกณฑ์ของแต่ละsetting

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	ร้อยละ 0-10	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40
5 เดือน	ร้อยละ 0-10	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40	ร้อยละ41-50
6 เดือน	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40	ร้อยละ41-50	ร้อยละ51-60
9 เดือน	ร้อยละ30-40	ร้อยละ41-50	ร้อยละ51-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80
10 เดือน	ร้อยละ40-50	ร้อยละ51-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80	ร้อยละ81-90
12 เดือน	ร้อยละ50-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80	ร้อยละ81-90	ร้อยละ91-100

หมายเหตุ - ส่งรายงานการสุ่มตรวจประเมินให้ สสจ.ทุกวันที่ 30 ของเดือน
รวบรวมและสรุปข้อมูลจาก Platform Thai Stop COVID Plus (TSC+)
โดยรายงานผลใน Health KPI

เอกสารสนับสนุน :

1. มาตรการหรือแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19
2. แบบประเมิน แนวทางปฏิบัติหรือมาตรการด้านสาธารณสุข ในแพลตฟอร์ม TSC Plus
3. คู่มือสำหรับเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในการกำกับดูแลกิจการและกิจกรรมตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COV-19)

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละของการสุ่มตรวจประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรการสำหรับกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	ร้อยละ 0-10	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40
5 เดือน	ร้อยละ 0-10	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40	ร้อยละ41-50
6 เดือน	ร้อยละ10-20	ร้อยละ21-30	ร้อยละ31-40	ร้อยละ41-50	ร้อยละ51-60
9 เดือน	ร้อยละ30-40	ร้อยละ41-50	ร้อยละ51-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80
10 เดือน	ร้อยละ40-50	ร้อยละ51-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80	ร้อยละ81-90
12 เดือน	ร้อยละ50-60	ร้อยละ61-70	ร้อยละ71-80	ร้อยละ81-90	ร้อยละ91-100

หมายเหตุ - ส่งรายงานการสุ่มตรวจประเมินให้ สสจ.ทุกวันที่ 30 ของเดือน
รวบรวมและสรุปข้อมูลจาก Platform Thai Stop COVID Plus (TSC+)
โดยรายงานผลใน Health KPI

เอกสารสนับสนุน : 1. มาตรการหรือแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19

	<p>2. แบบประเมิน แนวทางปฏิบัติหรือมาตรการด้านสาธารณสุข ในแพลตฟอร์ม TSC Plus</p> <p>3. คู่มือสำหรับเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในการกำกับดูแลกิจการและกิจกรรมตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p>																																																									
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตลาด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>81.84</td> </tr> <tr> <td>ร้านอาหาร</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>85.82</td> </tr> <tr> <td>สถานศึกษา</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>94.54</td> </tr> <tr> <td>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>80.58</td> </tr> <tr> <td>โรงงาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>69.54</td> </tr> <tr> <td>โรงแรม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>93.34</td> </tr> <tr> <td>ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>89.61</td> </tr> <tr> <td>ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมิวนิตีมอลล์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>96.60</td> </tr> <tr> <td>ฟิตเนส เซ็นเตอร์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>99.31</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ตลาด	ร้อยละ	-	-	81.84	ร้านอาหาร	ร้อยละ	-	-	85.82	สถานศึกษา	ร้อยละ	-	-	94.54	สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ร้อยละ	-	-	80.58	โรงงาน	ร้อยละ	-	-	69.54	โรงแรม	ร้อยละ	-	-	93.34	ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี	ร้อยละ	-	-	89.61	ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมิวนิตีมอลล์	ร้อยละ	-	-	96.60	ฟิตเนส เซ็นเตอร์	ร้อยละ	-	-	99.31
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																							
			2562	2563	2564																																																					
	ตลาด	ร้อยละ	-	-	81.84																																																					
	ร้านอาหาร	ร้อยละ	-	-	85.82																																																					
	สถานศึกษา	ร้อยละ	-	-	94.54																																																					
	สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ร้อยละ	-	-	80.58																																																					
	โรงงาน	ร้อยละ	-	-	69.54																																																					
	โรงแรม	ร้อยละ	-	-	93.34																																																					
	ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผม สำหรับบุรุษหรือสตรี	ร้อยละ	-	-	89.61																																																					
	ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมิวนิตีมอลล์	ร้อยละ	-	-	96.60																																																					
	ฟิตเนส เซ็นเตอร์	ร้อยละ	-	-	99.31																																																					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นายธรรมนุญ อัจริยะเมต ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 5770 7755 E-mail : peemor_l@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</p> <p>2. นางธพวรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 085 2197639 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.ระยอง</p> <p>3. นางชนาธิป วัฒนนภาเกษมรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 081 7586270 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.ระยอง</p>																																																									

แบบรายงานการตรวจประเมิน COVID FREE SETTING จังหวัดระยอง
 เดือน ประจำปี งบประมาณ 2565
 หน่วยงานที่รายงาน.....อำเภอจังหวัดระยอง
 รายงาน ณ วันที่.....

ประเภทกิจการ	จำนวน เป้าหมาย ที่ประเมิน ตนเอง (แห่ง)	จำนวนที่ สุ่มประเมิน แห่ง/ครั้ง	ผลการ ประเมิน ผ่าน/ไม่ผ่าน (แห่ง)	สิ่งที่ผ่าน 3 อันดับแรก (ระบุ)	สิ่งที่ไม่ผ่าน 3 อันดับแรก (ระบุ)
ตลาด					
ร้านอาหาร					
สถานศึกษา					
สถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัย					
โรงงาน					
โรงแรม					
ร้านเสริมสวย แต่งผมบุรุษ / สตรี					
ห้างสรรพสินค้า / ศูนย์การค้า / คอมมิวนิตีมอลล์					
ฟิตเนส					
รวม					

หมายเหตุ

- ข้อมูลทันยอดสะสม
- รายงานทุกวันที่ 30 ของเดือน

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	13. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัด	MOU_52 จังหวัดระยองมีการขับเคลื่อนพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล(RDU distric) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>การประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital , RDU PCU, การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU community)</p> <p>- RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านเกณฑ์ ในเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก 2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มและสเตรปโตคอคคัสที่กำหนดตลอดทางช่องคลอด 5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ใช้ RAS Blockade 2 ชนิดร่วมกัน 6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs 7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ 8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน 9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhales corticosteroid 10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine 11. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยาต้าน histamine ชนิด non-sedating 12. จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin, statins, ergots (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)

	<p>- RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการใช้ยาสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ ในเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค RI 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค AD <p>- การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง มีการพัฒนาร้านชำเพื่อให้เกิด ร้านชำ RDU โดยมีการดำเนินการในกระบวนการ ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน,การกระจายยาในร้านชำและวิเคราะห์ข้อมูลบริบทของชุมชน ภาควิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องในชุมชน 2.จัดให้มีกระบวนการสื่อสารปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนให้ผู้ประกอบการร้านชำและภาควิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและมีกระบวนการคืนข้อมูลเพื่อให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลร่วมกับชุมชน 3. มีการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลร่วมกับชุมชน 4. มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน 5. มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและการวางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไปร่วมกับชุมชน 													
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2565 จังหวัดระยองมีอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 1 อำเภอ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขรวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด													
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล = $A/B \times 100$													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="400 1630 1422 1861"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปี 2560</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			2562	2563	2564	ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปี 2560										
		2562	2563	2564										
ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	-	-	-										

ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และรอบ 11 เดือน						
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน และ 11 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน						
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	11 เดือน	12 เดือน
	-	ขั้นที่ 3	-	-	-	ขั้นที่ 5	-
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน							
คะแนน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5		
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน	- RDU hospital ผ่าน เกณฑ์ 1-6 ข้อ - RDU PCU จำนวน รพ สต.ไม่น้อย กว่าร้อยละ 60 ของ รพ สต.ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรค RI และ AD เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค - RDU community มีการ ดำเนินการ ข้อ 1	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-7 ข้อ - RDU PCU จำนวน รพสต.ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรค RI และ AD เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค - RDU community การดำเนินการ ข้อ 1	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-8 ข้อ - RDU PCU จำนวน รพสต.ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 65 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรค RI และ AD เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค - RDU community การดำเนินการ ข้อ 1-2	- RDU hospital ผ่าน เกณฑ์ 1-9 ข้อ - RDU PCU จำนวน รพสต. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรค RI และ AD เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค - RDU community กาดำเนินการ ข้อ 1-3	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 10-12 ข้อ - RDU PCU จำนวน รพ สต.ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 ของ รพ สต.ทั้งหมด ในเครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรค RI และ AD เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค - RDU community มีร้านค้า RDU อย่าง		

					น้อย 1 ร้าน/ อำเภอ
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	-	ผ่านชั้นที่ 1	ผ่านชั้นที่ 2	ผ่านชั้นที่ 3	ผ่านชั้นที่ 4
11 เดือน	ผ่านชั้นที่ 1	ผ่านชั้นที่ 2	ผ่านชั้นที่ 3	ผ่านชั้นที่ 4	ผ่านชั้นที่ 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	-	ทุก รพ.ผ่านชั้นที่ 1	ทุก รพ.ผ่านชั้นที่ 2	3 รพ.ผ่านชั้นที่ 3	9 รพ.ผ่านชั้นที่ 3
11 เดือน	3 รพ.ผ่านชั้นที่ 3	5 รพ.ผ่านชั้นที่ 3	9 รพ.ผ่านชั้นที่ 3	2 รพ.ผ่านชั้นที่ 4	1 รพ.ผ่านชั้นที่ 5
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	แบ่งการประเมิน เป็น 2 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และ 11 เดือน) 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน 11 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 2 โรงพยาบาลเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4 คะแนน = มี 1 โรงพยาบาลเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3 คะแนน = มี 9 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 2 คะแนน = มี 5 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 1 คะแนน = มี 3 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 * กำหนดให้ 3 คะแนนผ่าน				
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คຸ້ມກອງຜູ້ບໍລິໂກດและเกษັชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัด	MOU_53 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
คำนิยาม	<p>1. อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acinetobacter baumannii ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. Pseudomonase aeruginosa ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin 3. Klebsiella pneumonia ดื้อต่อยา Extended – Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone oe Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin 4. Staphylococcus aureus ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) 5. Escherichia coli ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosorin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. Salmonella spp.ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. Enterococcus faecium ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) 8. Streptococcus pneumonia ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ในกระแสเลือด}} \times 100$
เกณฑ์เป้าหมาย	-รพ. ระดับ A,S,M1 ทุกแห่ง มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน 5 กิจกรรมและแบบประเมินตนเอง รายงานกองบริหารสาธารณสุข																								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป																								
รายการข้อมูล 1	A = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดรอบปี 2563																								
รายการข้อมูล 2	B = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. B - A																								
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีระบบ จัดการ AMR ระดับ intermediate</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงร้อยละ 7.5 จากปีปฏิทิน 61</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ลดลง 70.14</td> </tr> </tbody> </table>						Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2561	2562	2563	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีระบบ จัดการ AMR ระดับ intermediate	ร้อยละ	-	-	100	อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงร้อยละ 7.5 จากปีปฏิทิน 61	ร้อยละ	-	-	ลดลง 70.14	
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																							
		2561	2562	2563																					
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีระบบ จัดการ AMR ระดับ intermediate	ร้อยละ	-	-	100																					
อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงร้อยละ 7.5 จากปีปฏิทิน 61	ร้อยละ	-	-	ลดลง 70.14																					
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และรอบ 11 เดือน รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค. - ธ.ค. 64 เทียบกับปีปฏิทิน 2563 (ม.ค. - ธ.ค. 63) รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค. - มิ.ย. 65 เทียบกับปีปฏิทิน 2563 (ม.ค. - ธ.ค. 63)																								
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน และ 11 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน																								
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>5 เดือน</td> <td>6 เดือน</td> <td>9 เดือน</td> <td>10 เดือน</td> <td>11 เดือน</td> <td>12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ผ่านขั้นที่ 5</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผ่านขั้นที่ 10</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>							3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	11 เดือน	12 เดือน	-	ผ่านขั้นที่ 5	-	-	-	ผ่านขั้นที่ 10	-				
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	11 เดือน	12 เดือน																			
-	ผ่านขั้นที่ 5	-	-	-	ผ่านขั้นที่ 10	-																			

เกณฑ์การประเมิน		ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
รพ.ศูนย์และ รพ.ทั่วไป	ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน (ใช้ข้อมูล ม.ค. - ธ.ค. 64)	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น = 1.5	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น = 1	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น = 0.5	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น จากปีปฏิทินที่ผ่านมา	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดลดลงจากปีปฏิทินที่ผ่านมา
	ผลการดำเนินงานรอบ 11 เดือน (ใช้ข้อมูล ม.ค. 64 - มิ.ย.65)	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น = 1.5	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น = 1	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น = 0.5	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น จากปีปฏิทินที่ผ่านมา	อัตราการติดเชื้อคือยาในกระแสเลือดลดลงจากปีปฏิทินที่ผ่านมา
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
11 เดือน	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
11 เดือน	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมิน เป็น 2 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และ 11 เดือน) 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน 11 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = การติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด ลดลงจากปีปฏิทิน 63 4 คะแนน = การติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด ไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 63 3 คะแนน = การติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น 0.5 จากปีปฏิทิน 63 2 คะแนน = การติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น 1 จากปีปฏิทิน 63 1 คะแนน = การติดเชื้อคือยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น 1.5 จากปีปฏิทิน 63 * กำหนดให้ 3 คะแนนผ่าน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกษชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภครและเกษชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com					

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	13. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัด	MOU_54 ร้อยละของหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างรับผิดชอบใน 2 โรคตามเกณฑ์เป้าหมาย
คำนิยาม	<p>การประเมิน เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วง เป็นการประเมิน RDU PCU (RDU 2) ชั้นที่ 1 และ RDU PCU (RDU2) ชั้นที่ 2 RDU PCU (RDU2) ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> <p>RDU PCU (RDU2) ชั้นที่ 2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> <p>RDU PCU (RDU2) ชั้นที่ 3 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2564 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU PCU (RDU2) ชั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานเฉพาะกิจ สำนักบริหารสาธารณสุข และ HDC จังหวัดระยอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนรพ.สต. ที่ผ่าน RDU PCU ชั้นที่ 2 A2 = จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน RDU PCU ชั้นที่ 3 B = จำนวน รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$RDU\ PCU = (A/B) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน		
					2561	2562	2563
	RDU PCU ชั้นที่ 2		ร้อยละ		-	100	100
	RDU PCU ชั้นที่ 3		ร้อยละ			-	88.89
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และรอบ 10 เดือน						
วิธีการประเมิน	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ						
	ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน และ 11 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	11 เดือน	12 เดือน
เกณฑ์การประเมิน		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รพสต.	<u>ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน</u>	ร้อยละ 30 ของ รพสต.ทั้งหมด ในเครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรค อูจจาระร่วง ฉียบปล้นผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 35 ของ รพสต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระ ร่วงฉียบปล้น ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 40 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรค อูจจาระร่วง ฉียบปล้นผ่าน เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 50 ของ รพสต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระ ร่วงฉียบปล้น ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 60 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยา ปฏิชีวนะใน กลุ่มโรค ติดเชื้อทาง เดินหายใจ และโรค อูจจาระร่วง ฉียบปล้น ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	
	<u>ผลการดำเนินงานรอบ 10 เดือน</u>	ร้อยละ 60 ของ รพสต.ทั้งหมด ในเครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้	ร้อยละ 65 ของ รพสต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยา	ร้อยละ 70 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี	ร้อยละ 75 ของ รพสต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยา	ร้อยละ 80 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับ	

		ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค	อำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	การคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ช่วง (ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4) ไตรมาสที่ 2 คะแนนรวม 5 คะแนน ไตรมาสที่ 4 คะแนนรวม 5 คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = ร้อยละ 80 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 4 คะแนน = ร้อยละ 75 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 3 คะแนนผ่าน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภครและเกษัชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com					

แผนงานที่	7 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	13 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ตัวชี้วัด	MOU_55 อัตราตายทารกแรกเกิด				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม ที่เกิดมามีชีวิต อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอด และมีชีวิตจนถึงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองรวบรวมข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
รายการข้อมูล 1	เอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวังการตายทารกแรกเกิด				
รายการข้อมูล 2	เอกสารระบบเฝ้าระวัง/ส่งต่อทารกแรกเกิด ระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ใน CUP				
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิตเมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราตายทารกแรกเกิด = $A/B \times 1000$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	3.73	5.76	10.26
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองรวบรวมเอกสารการดำเนินงาน 2. ข้อมูลในระบบ HDC ข้อมูลทารกตายเปรียบเทียบกับทารกเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน				
เกณฑ์การประเมิน	กระบวนการ 1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อป้องกันปัญหาการตายทารกแรกเกิด				

	<p>2. มีการวางแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. มีช่องทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตายทารกแรกเกิด</p> <p>4. มีการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันปัญหาการตายทารกแรกเกิด</p> <p>5. มีฐานข้อมูลทารกแรกเกิดในพื้นที่ และมีการใช้ CPG เพื่อการดูแล และส่งต่อทารกแรกเกิด</p> <p>ผลลัพธ์</p> <p>1. อัตราตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต</p>					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ดำเนินงาน 1-5	ดำเนินงาน 1-5	ดำเนินงาน 1-5	-	-	-
	ผลลัพธ์ -	ผลลัพธ์ -	ผลลัพธ์ -	ผลลัพธ์ 1	ผลลัพธ์ 1	ผลลัพธ์ 1
เกณฑ์การให้คะแนน : 3 5 และ 6 เดือน	คะแนนตามกระบวนการที่ดำเนินงาน					
	: 9 10 และ 12 เดือน คะแนนตามผลการดำเนินงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ	
5 เดือน	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ	
6 เดือน	ดำเนินงาน 1 ข้อ	ดำเนินงาน 2 ข้อ	ดำเนินงาน 3 ข้อ	ดำเนินงาน 4 ข้อ	ดำเนินงาน 5 ข้อ	
9 เดือน	> 6.6	6.6	5.6	4.6	< 3.6	
10 เดือน	> 6.6	6.6	5.6	4.6	< 3.6	
12 เดือน	> 6.6	6.6	5.6	4.6	< 3.6	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต ที่ 5 คะแนน</p>					

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 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	-
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	1. นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	15.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ตัวชี้วัด	MOU_56 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามโรคเงื่อนไขดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระยะแพร่กระจาย) 2. โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) รหัส I60-I69 3. โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced chronic kidney disease) รหัส N18.5 4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) รหัส J44 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง) 5. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง) 6. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7) 7. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) รหัส I50 8. ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคเมตาบอลิก ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD 10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุ ร่วมกับ รหัส Z.515 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก และการจ่ายค่าดูแลต่อที่บ้านจะจ่ายย้อนหลังนับจากวันเสียชีวิต <p>หมายเหตุ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รหัส F00-F03 และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รหัส R54 ที่ไม่มีโรคร่วมตามรหัสด้านบน ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care ,LTC)</p> <p>ข้อบ่งชี้ทั่วไป ในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ตามกลุ่มโรคข้อ 1-8 ร่วมกับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น

	<p>- การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.) Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3.) สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น 4.) โรครอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 5.) ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 6.) ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 7.) น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา 8.) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 9.) มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล 10.) Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl <p>ที่ได้รับการวินิจฉัยระดับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย</p> <p>โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวดและ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1-2 คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.2. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MOIR), Morphine Oral Controlled Release (MOCR) และ Morphine, inject, table 2. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)
--	---

	<p>3. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลระดับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/ breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก</p> <p>4. การดูแลผู้ป่วยแบบประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)</p> <p>5. มีเครือข่าย/อาสาสมัครการดูแลประคอง และอุปกรณ์การแพทย์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคองอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคตามเงื่อนไข ข้อ1-8 และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคอง (Z51.5)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดระยอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคตามเงื่อนไข ข้อ1-8 ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มโรคตามเงื่อนไข ข้อ1-8 และ วินิจฉัย Z51.5 รวมด้วย เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ (ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ)
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคตามเงื่อนไขข้อ1-8 ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ (ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication (A2/A1) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ราย	ร้อยละ 38.86	ร้อยละ 39.23	ร้อยละ 50	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน					
วิธีการประเมิน	<p>1.การดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แพ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยา กลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน</p> <p>2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตรวจสอบข้อมูลในภาพรวม ในหน่วยงานบริการ (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.) และผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย</p> <p>3. ทีมนิเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ทำการประเมินสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตามเกณฑ์ และสรุปผลการประเมิน</p>					
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	5 เดือน	-	<20	20-29.99	30-39.99	40-49.99
	6 เดือน	-	<20	20-29.99	30-39.99	40-49.99
	10 เดือน	<20	20-29.99	30-39.99	40-49.99	50
	12 เดือน	<20	20-29.99	30-39.99	40-49.99	50
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ≤ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ≤ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ50 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ50 ที่ 5 คะแนน					

การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ดังนี้ เกณฑ์ ผ่าน 5 คะแนน 9 แห่ง <table border="1" data-bbox="400 338 1410 622"> <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>5 เดือน</td> <td>1 แห่ง</td> <td>2 แห่ง</td> <td>3 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> <td>5 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>1 แห่ง</td> <td>2 แห่ง</td> <td>3 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> <td>5 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	5 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 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
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																										
5 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง																										
6 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																										
หมายเหตุ																															
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	1.นางสรายุทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน 038 9674157 ต่อ134 E-mail qarayong@yahoo.com 2.นางพรรชา เพียรพิทักษ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ งานการพยาบาลชุมชน โทรศัพท์ที่ทำงาน 038 677533-40 ต่อ181 โทรศัพท์มือถือ 086 1389266 E-mail pansa.pean2511@gmail.com																														


แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	16. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_57 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 20.5)
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม/บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรม) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชาเพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวินิจฉัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา – ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา – ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา – ฟื้นฟูสภาพ - การหัตถ์มือเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน - การทำหัตถ์การอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มรหัสภายหลัง

	<p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด <p>หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 12 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 37 					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สสอ. ทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลในระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	<p>1. 43 แพ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/LABOR/COMMUNITY_SERVICE)</p> <p>2. ข้อมูลจาก รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สสอ. ทุกแห่ง</p>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม / บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2561	2562	2563	2564
		ร้อยละ	15.01	14.81	16.92	16.73
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ไตรมาสที่ 2 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565</p> <p>ไตรมาสที่ 4 วันที่ 22 กรกฎาคม 2565</p>					

วิธีการประเมินผล	1. กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานนำเข้าข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระบบบันทึกข้อมูลในระบบรายงานมาตรฐาน 43 แห่ง 2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ประมวลผลข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แห่ง				
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	การประเมินผลงาน แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ไตรมาสที่ 2 ประเมินผ่านที่ 5 คะแนน ไตรมาสที่ 4 ประเมินผ่านที่ 5 คะแนน				
เกณฑ์การประเมิน	6 เดือน		12 เดือน		
รพศ. / รพท.	ร้อยละ 6		ร้อยละ 12		
รพช.	ร้อยละ 10		ร้อยละ 20		
รพ.สต.	ร้อยละ 18.5		ร้อยละ 37		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน รอบ 6 เดือน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รพศ. / รพท.	< ร้อยละ 2.4	ร้อยละ 2.4	ร้อยละ 3.6	ร้อยละ 4.8	≥ ร้อยละ 6
รพช.	< ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 10
รพ.สต.	< ร้อยละ 7.4	ร้อยละ 7.4	ร้อยละ 11.1	ร้อยละ 14.8	≥ ร้อยละ 18.5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน รอบ 12 เดือน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รพศ. / รพท.	< ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 9.6	ร้อยละ 10.8	≥ ร้อยละ 12
รพช.	< ร้อยละ 14	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	≥ ร้อยละ 20
รพ.สต.	< ร้อยละ 25.9	ร้อยละ 25.9	ร้อยละ 29.6	ร้อยละ 33.3	≥ ร้อยละ 37
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	< ร้อยละ 8.2	ร้อยละ 8.2	ร้อยละ 12.3	ร้อยละ 16.4	≥ ร้อยละ 20.5
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละ 20.5 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางเกศณี แต่ถาวร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 038 - 613430 ต่อ 4102 มือถือ 089-8322106 นางสาวอุบลรัตน์ เพ็ชรรัตน์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร 038 - 613430 ต่อ 4102 มือถือ 092 - 616 - 4081 E-mail: p.obulrat@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	16. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_58 (PA_H_06 & PA_S_04) ระดับความสำเร็จของการใช้ยาแผนไทยในหน่วยบริการ
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 3. จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาทั้งหมด 4. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพร OPD และ IPD ในสถานพยาบาล สาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินงานตามเงื่อนไขตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1- 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ยาแผนไทย / มูลค่ายา / งาน R2R, งานวิจัย,นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย / การบริการแพทย์แผนไทย ใน Intermediate Care, Palliative Care, Online
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สสอ. ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ส่งเอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-5 ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจาก รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สสอ. ทุกแห่ง 3. รายการยาสมุนไพรที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 31 รายการ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผ่านเว็บไซต์ : https://www.dtam.moph.go.th/index.php/en/department/bos/42-download/4256-dl0055



	<p>4. ข้อมูลยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่มีโอกาสใช้แทนยาแผนปัจจุบันในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเว็บไซต์ :</p> <p>https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0055-12122561_2.pdf</p> 
รายการข้อมูล 1	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับ จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด
รายการข้อมูล 1.1	<p>A1 = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42</p> <p>(นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >การเข้าถึงบริการ >แพทย์แผนไทย >1.19 ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด รายปีงบประมาณ >เลือกปีงบประมาณ)</p>
รายการข้อมูล 1.2	<p>B1 = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาทั้งหมด</p> <p>(นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >การเข้าถึงบริการ >แพทย์แผนไทย >1.19 ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด รายปีงบประมาณ >เลือกปีงบประมาณ)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
รายการข้อมูล 2	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร
รายการข้อมูล 2.1	<p>A2 = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร OPD + IPD ของปีงบประมาณ 2565</p> <p>(นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >การเข้าถึงบริการ >แพทย์แผนไทย >1. ผู้ป่วยนอก OPD Case >1.6 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร >เลือกปีงบประมาณ และ ข้อมูล 2.ผู้ป่วยนอก IPD Case >2.6 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร >เลือกปีงบประมาณ)</p>
รายการข้อมูล 2.2	<p>B2 = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร OPD + IPD ของปีงบประมาณ 2564</p> <p>(นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >การเข้าถึงบริการ >แพทย์แผนไทย >1. ผู้ป่วยนอก OPD Case >1.6 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร >เลือกปีงบประมาณ และ ข้อมูล 2.ผู้ป่วยนอก IPD Case >2.6 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร >เลือกปีงบประมาณ)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2-B2/B2) \times 100$

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2561	2562	2563	2564
	ร้อยละการส่งจ่าย ยาสมุนไพร	ร้อยละ	4.03	4.53	4.96	4.25
	มูลค่าการใช้ ยาสมุนไพร	ร้อยละ	-	-	-	12,086 ล้านบาท
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 5 เดือน วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565					
	รอบ 10 เดือน วันที่ 22 กรกฎาคม 2565					
วิธีการประเมินผล	Milestone					
	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ขั้นตอนที่ 1-5		ขั้นตอนที่ 1-5			
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	การคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ช่วง					
	รอบ 5 เดือน คะแนนรวม 5 คะแนน					
	รอบ 10 เดือน คะแนนรวม 5 คะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
การดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5, 6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
10, 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
ระดับ รพศ. / รพท. / รพช. / สสอ.						
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน				
		รอบ 5 เดือน ส่งผลงาน 21 ก.พ. 2565	รอบ 10 เดือน ส่งผลงาน 22 ก.ค. 2565			
1	มีแผนงานโครงการขับเคลื่อนการ พัฒนางานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับ สถานการณ์	แผนงานโครงการขับเคลื่อนการ พัฒนางานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	แผนงานโครงการขับเคลื่อนการ พัฒนางานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก(กรณียังไม่ส่ง รอบ 6 เดือน)			
2	มีแผนการบริหารจัดการยา สมุนไพร และฟ้าทะลายโจร ระดับ อำเภอเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยา สมุนไพรในระดับเขตสุขภาพ	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ บริหารจัดการยา 2. แผนงานการจัดซื้อยา สมุนไพรและฟ้าทะลายโจร ระดับ อำเภอเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ผลิตยาสมุนไพรในระดับเขต สุขภาพ	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ บริหารจัดการยา 2. แผนงานการจัดซื้อยา สมุนไพรและฟ้าทะลายโจร ระดับ อำเภอเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ผลิตยาสมุนไพรในระดับเขต สุขภาพ(กรณียังไม่ส่งรอบ 6 เดือน)			

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	
		รอบ 5 เดือน ส่งผลงาน 21 ก.พ. 2565	รอบ 10 เดือน ส่งผลงาน 22 ก.ค. 2565
3	<p>รพ. ทุกระดับ ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intermediate care - Palliative care 	รายงานการดำเนินงานตามบริบทของหน่วยบริการ	รายงานการดำเนินงานตามบริบทของหน่วยบริการ
4	<p>1. มีรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ โดย</p> <p>1 รายการ คือ ยาฟ้าทะลายในการรักษาโควิด-19</p> <p>2. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ on-site/online /telehealth/tele pharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)</p>	<p>1. รายการยาสมุนไพร ในบัญชียาของ รพ.</p> <p>2. เอกสารการขอกำหนด รายชื่อยาแผนไทยทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ตัดออกจากบัญชียาเพิ่มเติม</p> <p>3. เอกสารการกำหนดยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาโควิด-19</p> <p>4. หลักฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ onsite/online/ telehealth/ tele pharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)</p>	<p>1. รายการยาสมุนไพร ในบัญชียาของ รพ.</p> <p>2. เอกสารการกำหนดยาแผน ไทยทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ตัดออกจากบัญชียา</p> <p>3. เอกสารการกำหนดยาฟ้าทะลายโจรในการรักษาโควิด-19</p> <p>4. หลักฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ onsite/online/ telehealth/ tele pharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid) (กรณียังไม่ส่งรอบ 6 เดือน)</p>
5	<p>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา</p> <p>2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 2</p> <p>3. มีงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) หรืองานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย 1 เรื่อง/อำเภอ</p>	<p>จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564</p>	<p>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ 2565</p> <p>2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 2</p> <p>3. เอกสารงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) หรืองานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย 1 เรื่อง/อำเภอ</p>

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5, 6 เดือน					
ร้อยละการส่ง จ่ายยาสมุนไพร	< ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 4.50	ร้อยละ 4.75	≥ ร้อยละ 5
10, 12 เดือน					
1. ร้อยละการส่ง จ่ายยาสมุนไพร	< ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 4.25	ร้อยละ 4.50	ร้อยละ 4.75	≥ ร้อยละ 5
2. ร้อยละมูลค่า ยาสมุนไพร	< ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1.0	ร้อยละ 1.5	≥ ร้อยละ 2
3. มีการใช้ ยาแผนไทยทดแทน ยาแผนปัจจุบัน				เพิ่มขึ้น 1 รายการ	เพิ่มขึ้น 2 รายการ
4. มีงานประจำสู่ งานวิจัย (R2R) หรืองานวิจัยหรือ นวัตกรรมด้าน การแพทย์แผนไทย			1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5, 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน รอบ 10, 12 เดือน โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางเกศณี แต่ถาวร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 089 - 832 - 2106 E-mail: sparayongfda@gmail.com นางสาวอุบลรัตน์ เพ็ชรรัตน์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 092 - 616 - 4081 E-mail: p.obulrat@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	16. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัด	MOU_59 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หมายถึง พื้นความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา ตำราการแพทย์แผนไทย หมายถึง หลักวิชาการต่างๆเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ทั้งที่ได้บันทึกไว้ในสมุดไทย ใบลาน ศิลาจารึก หรือวัสดุอื่นใดหรือที่มีได้มีการบันทึกกันไว้ แต่เป็นการเรียนรู้หรือถ่ายทอดสืบต่อกันมาไม่ว่าด้วยวิธีใด ยาแผนไทย หมายถึง ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือที่ได้จากการปรุงผสมหรือแปรสภาพสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา ตำรับยาแผนไทย หมายถึง สูตรซึ่งระบุกรรมวิธีการผลิตและส่วนประกอบสิ่งปรุงที่มียาแผนไทยรวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงนั้นจะมีรูปลักษณะใด บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาสมุนไพร กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยได้รับการรับรองจากประชาชนในหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 10 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิที่ผู้ขอหนังสือรับรองมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ นักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย หรือมีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนหรือได้รับการยกย่องจากสาธารณชนว่ามีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย

	<p>9. ผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทยที่ไม่แสวงผลกำไร หรือผู้แทนองค์การที่ได้รับการรับรองจากนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด หรือได้รับการรับรองจากองค์การเอกชนพัฒนาดังกล่าวอย่างน้อย 2 องค์การ และมีกิจกรรมต่อเนื่องในด้านการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี มีสถานที่ตั้งที่ทำการชัดเจน</p> <p>10. ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพรม หมายถึง เป็นผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรมที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรมที่มีสถานที่ตั้งที่ทำการชัดเจน และเป็นกิจการของคนไทยที่มีการปลูกหรือแปรรูปอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี</p> <p>11. ผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายยาแผนไทย หมายถึง เป็นผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่มีสถานที่ตั้งที่ทำการที่ชัดเจน และมีการผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี</p> <p>12. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับอนุญาต เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากคณะกรรมการวิชาชีพ</p> <p>13. การนำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยไปใช้ประโยชน์</p> <p>13.1 หมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรอง นำไปใช้ประโยชน์ในชุมชนตนเอง</p> <p>13.2 การนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยตนเอง หรือหมอพื้นบ้าน</p> <p>13.3 การนำไปสอน สาธิต แสดงในชุมชน หรือนิทรรศการในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในและนอกพื้นที่เขตจังหวัด</p> <p>13.4 การนำไปเพื่อขาย จำหน่าย แจกจ่าย โดยคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้</p> <p>13.5 การนำไปใช้ประกอบการเรียน การสอนในโรงเรียน สถานศึกษาของรัฐ/เอกชน</p> <p>13.6 การนำไปใช้เพื่อประกอบวิชาชีพในสถานบริการ สถานพยาบาลของรัฐ/เอกชน โดย ผู้ประกอบวิชาชีพ</p> <p>13.7 การนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ</p> <p>13.8 การนำไปศึกษา วิจัย ต่อยอด พัฒนาเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ</p> <p>13.9 การนำไปสู่การเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาสามัญประจำบ้านหรือรายการเภสัชตำรับยาของโรงพยาบาลในพื้นที่</p> <p>13.10 การอนุญาต ส่งมอบ ส่งต่อให้ผู้อื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพหรือสร้างเศรษฐกิจ</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ตำราการแพทย์แผนไทย 2. ตำรับยาแผนไทย 3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม 4. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	อำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกตามประเภทของข้อมูล 2. ส่งเอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ดังนี้ - รอบ 6 เดือน ส่งภายในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 - รอบ 12 เดือน ส่งภายในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565				
แหล่งข้อมูล	อำเภอ				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
		ระดับความสำเร็จ	3	2	5
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 6 เดือน	ไตรมาสที่ 2	วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565		
		ไตรมาสที่ 4	วันที่ 22 กรกฎาคม 2565		
วิธีการประเมินผล	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน		
	5 คะแนน		5 คะแนน		
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	รอบ 6 เดือน	โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน			
	รอบ 12 เดือน	โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน			

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
6 เดือน					
1. มีทะเบียนข้อมูล ตำรับตำราการแพทย์แผน ไทยพร้อมบันทึกข้อมูล ตามแบบฟอร์มที่กำหนด	< 5 รายการ	5 รายการ	10 รายการ	20 รายการ	> 20 รายการ
2. มีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมปลูกสมุนไพรใน พื้นที่ป่าเป้าหมาย					บันทึกข้อมูลตาม แบบรายงาน และรายงาน ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนิน กิจกรรม พร้อม ภาพประกอบ
3. จัดทำทะเบียนข้อมูล บุคลากรด้านการแพทย์ แผนไทย 6 กลุ่มตามแบบฟอร์ม ที่กำหนดให้เป็นปัจจุบัน		สรุปและบันทึก ข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์ แผนไทย 6 กลุ่ม ส่งตาม กำหนดเวลา	สรุปและบันทึก ข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์ แผนไทย 6 กลุ่ม ครบถ้วน	สรุปและบันทึก ข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์ แผนไทย 6 กลุ่ม ถูกต้อง	สรุปและบันทึก ข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์ แผนไทย 6 กลุ่ม ครบถ้วน ถูกต้อง ส่งตาม กำหนดเวลา
4. คัดเลือกข้อมูล ภูมิปัญญาด้านการแพทย์ แผนไทยเพื่อนำไปใช้ ประโยชน์					สรุปข้อมูล ภูมิปัญญา ด้านการแพทย์ แผนไทยที่ นำไปใช้ ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง พร้อม ภาพประกอบ กิจกรรม

รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
6 เดือน					
5. คัดเลือกหมอฟันบ้านที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การประเมิน					หนังสือจาก สสอ./รพ. แจ้ง คณะกรรมการ หมู่บ้านหรือ อปท. เพื่อนำรายชื่อ หมอฟันบ้าน เข้าที่ประชุม
12 เดือน					
1. มีทะเบียนข้อมูล ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยพร้อมบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด	< 5 รายการ	5 รายการ	10 รายการ	20 รายการ	≥ 20 รายการ
2. มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมปลูกสมุนไพรในพื้นที่ป่าเป้าหมาย					บันทึกข้อมูลตามแบบรายงานและรายงานปัญหา อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมพร้อมภาพประกอบ
3. จัดทำทะเบียนข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่มตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้เป็นปัจจุบัน		สรุปและบันทึกข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ส่งตามกำหนดเวลา	สรุปและบันทึกข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ครบถ้วน	สรุปและบันทึกข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ถูกต้อง	สรุปและบันทึกข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ครบถ้วนถูกต้อง ส่งตามกำหนดเวลา

รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
12 เดือน					
4. คัดเลือกข้อมูล ภูมิปัญญาด้านการแพทย์ แผนไทยเพื่อนำไปใช้ ประโยชน์					สรุปข้อมูล ภูมิปัญญา ด้านการแพทย์ แผนไทย เพื่อนำไปใช้ ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง พร้อม ภาพประกอบ กิจกรรม
5. แจงรายชื่อหมอ พื้นบ้านที่มีคุณสมบัติครบ ตามเกณฑ์การประเมิน	< ร้อยละ 5 ของจำนวน ข้อมูลพื้นฐานใน อำเภอ	ร้อยละ 5 ของจำนวน ข้อมูลพื้นฐานใน อำเภอ	ร้อยละ 10 ของจำนวน ข้อมูลพื้นฐานใน อำเภอ	ร้อยละ 20 ของจำนวน ข้อมูลพื้นฐานใน อำเภอ	> ร้อยละ 20 ของจำนวน ข้อมูลพื้นฐานใน อำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
6 เดือน					
1. มีรายการตำรา การแพทย์แผนไทยหรือ ตำรับยาแผนไทย	< 20 รายการ	20 รายการ	30 รายการ	40 รายการ	≥ 50 รายการ
2. มีทะเบียนบุคลากร ด้านการแพทย์ แผน ไทย 6 กลุ่ม แยกเป็น รายอำเภอ ที่เป็น ปัจจุบัน	4 อำเภอ	5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
3. มีการนำภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย ไปใช้ ประโยชน์		1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง	> 3 เรื่อง
4. มีรายชื่อหมอพื้นบ้าน ที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อ นำเข้าสู่ประชุม คณะกรรมการหมู่บ้าน หรืออปท.	1 คน	2 คน	3 คน	4 คน	5 คน

รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
12 เดือน					
1. มีรายการตำรา การแพทย์แผนไทยหรือ ตำรับยาแผนไทย	< 25 รายการ	25 รายการ	50 รายการ	75 รายการ	≥100 รายการ
2. มีทะเบียนบุคลากร ด้านการแพทย์ แผน ไทย 6 กลุ่ม แยกเป็น รายอำเภอ ที่เป็น ปัจจุบัน	4 อำเภอ	5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
3. ข้อมูลสรุปการจัด กิจกรรมปลูกสมุนไพร ในพื้นที่ป่าเป้าหมาย	4 อำเภอ	5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
4. มีการนำภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย ไปใช้ ประโยชน์		1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง	> 3 เรื่อง
5. มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับ การรับรอง	1 คน	2 คน	3 คน	4 คน	≥ 5 คน
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 6 เดือน โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน รอบ 12 เดือน โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 4 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางเกศณี แต่ถาวร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นางสาวจุฑารัตน์ เชี่ยวณรงค์กร ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร 062-249-1517 หรือ 094-924-4996 E-mail : sparayongfda@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช		
ตัวชี้วัด	MOU_60 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 การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	≥ร้อยละ 71	≥ร้อยละ 74	≥ร้อยละ 74
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย 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		
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพจากระบบ HDC		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุข ,รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปี 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดระยอง		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุก (2.4% ของประชากรกลางปี 2563 อายุ 15 ปีขึ้นไป)		

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A \div B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
	ร้อยละของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิต	ร้อยละ		39.62	47.04	60.46
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 49	ร้อยละ 54	ร้อยละ 59	ร้อยละ 64	ร้อยละ 69	ร้อยละ 74
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ 29	34	39	44	49	
5 เดือน	≤ 34	39	44	49	54	
6 เดือน	≤ 39	44	49	54	59	
9 เดือน	≤ 44	49	54	59	64	
10 เดือน	≤ 49	54	59	64	69	
12 เดือน	≤ 54	59	64	69	74	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ 29	34	39	44	49	
5 เดือน	≤ 34	39	44	49	54	

6 เดือน	≤ 39	44	49	54	59
9 เดือน	≤ 44	49	54	59	64
10 เดือน	≤ 49	54	59	64	69
12 เดือน	≤ 54	59	64	69	74
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 49.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 54.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 59.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 64.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 69.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 74.....ที่.....5.....คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 49.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 54.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 59.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 64.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 69.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 74.....ที่.....5.....คะแนน				
หมายเหตุ	รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Thaidepression.com และระบบรายงานHDC				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735 E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช		
ตัวชี้วัด	MOU_61 รอยละของการคัดกรองโรคซึมเศร้า (รวม 3 กลุ่มเป้าหมาย)		
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 การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางการมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรอง 2Q และพบปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยง ประเมินด้วย 9Q แล้วมีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ได้รับการดูแล ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้บริการให้คำปรึกษา / ประเมิน 9Q ซ้ำ / ส่งต่อ รักษาวินิจฉัยโดยแพทย์ จิตแพทย์ จากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน หรือคลินิกแพทย์ ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64 รอยละ 90	ปีงบประมาณ 65 รอยละ 90	ปีงบประมาณ 66 รอยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ type 1 และ 3		
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศรารวม 3 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน ในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข หรือคัดกรอง/ ประเมินสุขภาพจิต บูรณาการกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q แล้วมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน และได้รับการ		

	ประเมิน 9Q (ANC ประเมินก่อนสิ้นสุดการตั้งครรภ์) ได้รับการดูแลให้สุขภาพจิตศึกษา วินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือแพทย์					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุ + จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q แล้วมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน ได้รับการประเมิน 9Q (ANC ประเมินก่อนสิ้นสุดการตั้งครรภ์) ได้รับการดูแลให้สุขภาพจิตศึกษา วินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือแพทย์					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A \div B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	จำนวนผู้สูงอายุ + จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q	ร้อยละ	-	-	82.39	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
5 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
6 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
9 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
10 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
12 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : ร้อยละ					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
5 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
6 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
9 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
10 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
12 เดือน	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....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	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....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	คัดกรอง/ประเมินสุขภาพจิตผ่าน QR code /ระบบเฝ้าระวังโดยเครือข่ายสุขภาพ อสม./ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต MENTAL HEALTH CHECK IN				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735 E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ตัวชี้วัด	MOU_62 (PA_H_07 & PA_S_05) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
	≤ 8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8 ต่อประชากรแสนคน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎรอยู่ในจังหวัดระยอง				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการเสียชีวิตของสถานบริการสาธารณสุข และรายงาน 506s				
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย,ระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรกลางปี 2564				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2564}} \times 100,000$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	7.21	6.43	3.24
	หมายเหตุ : ปี 2564 ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย ณ วันที่ 2 พ.ย.2564 เกณฑ์เป้าหมายปี 2562-2563 ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน				
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565				

วิธีการประเมิน	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : อัตราต่อประชากรแสนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
5 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
6 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
9 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
10 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
12 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด : อัตราต่อประชากรแสนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
5 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
6 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
9 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
10 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
12 เดือน	≥ 12	11	10	9	≤ 8	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน					

<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ อัตรา...≤.8..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-คิดคะแนนจากผลงานที่แสดงในรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>-ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735</p> <p>E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัด	MOU_63 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	<p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี</p> <p>ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแลติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป <u>ไม่นับว่าเป็น</u> การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต				
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุข ,ระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ รายงาน 506s				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าของปี 64 + รายใหม่ ปี 65)				
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 64 + รายใหม่ ปี 65)				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ}}{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ}} \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	99.5	98.5	96.4
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565				

	รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565						
วิธีการประเมิน	นำข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบร้อยละ และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ						
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	70	75	80	85	90		
5 เดือน	70	75	80	85	90		
6 เดือน	70	75	80	85	90		
9 เดือน	70	75	80	85	90		
10 เดือน	70	75	80	85	90		
12 เดือน	70	75	80	85	90		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : ร้อยละ							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	70	75	80	85	90		
5 เดือน	70	75	80	85	90		
6 เดือน	70	75	80	85	90		
9 เดือน	70	75	80	85	90		
10 เดือน	70	75	80	85	90		
12 เดือน	70	75	80	85	90		
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....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						

<p>การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 90.....ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>ผลงานในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ</p> <p>โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</p> <p>ข้อมูลระบบ HDC</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735</p> <p>E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัด	MOU_64 ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต
คำนิยาม	<p>ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่กระทำผิดกฎหมายแล้วถูกคุมขัง ควบคุมตัว กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขัง หรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ และทัณฑสถาน</p> <p>การคัดกรอง หมายถึง การใช้ชุดเครื่องมือ หรือการทดสอบแบบย่อ และเฉพาะเจาะจง ประเมินภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น เพื่อระบุความเสี่ยง หรือโอกาสที่จะพบปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telepsychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน</p> <p>ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง มีภาวะสุขภาพจิต หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติด</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง การตรวจและให้การบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช โดยตรงจากจิตแพทย์หรือแพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ หรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry ไม่รวมกรณีที่เจ้าหน้าที่เรือนจำ ทัณฑสถาน ขอรับยาแทนผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งยังไม่ได้การวินิจฉัยจากแพทย์ จิตแพทย์ที่เข้ามาตรวจ วินิจฉัยผู้ต้องขัง</p> <p>ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา หมายถึง ผู้ต้องขังในเรือนจำที่ได้รับการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2)ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น โดยบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telepsychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน และรายงานสถิติเป็นยอดรวมสะสมผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (ไม่รวมจำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชและได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว)</p> <p>ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับการบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวช หมายถึง ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry รวมทั้ง</p>

	กรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จิตแพทย์ และบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังดังกล่าวลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชตามลิงค์ http://61.19.42.40:10001		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานในจังหวัดระยอง		
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ระบบรายงาน 43 แฟ้ม		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วได้รับการดูแลรักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดในเรือนจำและทัณฑสถานทั้งหมด		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละของผู้ต้องขัง ที่ได้รับการคัดกรอง สุขภาพจิต	ร้อยละ	2562 2563 2564 - - รวบรวมข้อมูล กรม สุขภาพจิต
	หมายเหตุ : เริ่มใช้ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ปี 2564		
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565		

	รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ ระบบรายงาน 43 แห่ง ประเมินทุกโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ (1 ต.ค.2564-30ก.ย. 2565)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : อัตราต่อประชากรแสนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
5 เดือน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	
9 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
10 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด : อัตราต่อประชากรแสนคน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
5 เดือน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	
9 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
10 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่.....5.....คะแนน					

<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดในเรือนจำ และทัณฑสถาน รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล A</p> <p>-จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดในเรือนจำ และทัณฑสถาน รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล B</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735</p> <p>E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัด	MOU_65 ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตแล้วพบปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการดูแลรักษา
คำนิยาม	<p>ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่กระทำผิดกฎหมายแล้วถูกคุมขัง ควบคุมตัว กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขัง หรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ และทัณฑสถาน</p> <p>การคัดกรอง หมายถึง การใช้ชุดเครื่องมือ หรือการทดสอบแบบย่อ และเฉพาะเจาะจง ประเมินภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น เพื่อระบุความเสี่ยง หรือโอกาสที่จะพบปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช โดยที่มบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telesychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน</p> <p>ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง มีภาวะสุขภาพจิต หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติด</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง การตรวจและให้การบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช โดยตรงจากจิตแพทย์หรือแพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ หรือตรวจผ่านระบบ Telesychiatry ไม่รวมกรณีเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่เรือนจำ ทัณฑสถาน ขอรับยาแทนผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จิตแพทย์ที่เข้ามาตรวจ วินิจฉัยผู้ต้องขัง</p> <p>ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา หมายถึง ผู้ต้องขังในเรือนจำที่ได้รับการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2)ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น โดยบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telesychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน และรายงานสถิติเป็นยอดรวมสะสมผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (ไม่รวมจำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชและได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว)</p> <p>ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับการบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวช หมายถึง ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือ</p>

	แพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry รวมทั้งกรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จิตแพทย์ และบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังดังกล่าวลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชตามลิงค์ http://61.19.42.40:10001		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ในจังหวัดระยอง		
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ระบบรายงาน 43 แฟ้ม		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาในเรือนจำและทัณฑสถานทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน
	ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต	ร้อยละ	2562 2563 2564 - - รวบรวมข้อมูลสุขภาพจิต
	หมายเหตุ : เริ่มใช้ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ปี 2564		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565		

	รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ประเมินทุกโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	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 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
5 เดือน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	
9 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
10 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
5 เดือน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	
9 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
10 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	
12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่.....5.....คะแนน					

<p>การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 60 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 70 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 80 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 90 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล A</p> <p>-จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาทั้งหมดในเรือนจำและทัณฑสถาน รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล B</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735</p> <p>E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัด	MOU_66 ร้อยละของผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี
คำนิยาม	<p>ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่กระทำผิดกฎหมายแล้วถูกคุมขัง ควบคุมตัว กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขัง หรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ และทัณฑสถาน</p> <p>ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัว หมายถึง ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัว และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยบุคลากรสาธารณสุข พยาบาล แพทย์ จิตแพทย์ จนครบ 1 ปี ในระหว่างวันที่ 1 ต.ค.2564 - 30ก.ย.2565 (ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัว 1 ต.ค.63 จะครบการติดตามดูแลใน 1 ปี วันที่ 1 ต.ค.2564)</p> <p>การคัดกรอง หมายถึง การใช้ชุดเครื่องมือ หรือการทดสอบแบบย่อย และเฉพาะเจาะจง ประเมินภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น เพื่อระบุความเสี่ยง หรือโอกาสที่จะพบปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telepsychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน</p> <p>ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง มีภาวะสุขภาพจิต หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติด</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง การตรวจและให้การบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช โดยตรงจากจิตแพทย์หรือแพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ หรือตรวจผ่านระบบ Telepsychiatry ไม่รวมกรณีเจ้าหน้าที่เรือนจำ ทัณฑสถาน ขอรับยาแทนผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จิตแพทย์ที่เข้ามาตรวจ วินิจฉัยผู้ต้องขัง</p> <p>ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา หมายถึง ผู้ต้องขังในเรือนจำที่ได้รับการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2)ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา 6) ภาวะติดฝิ่น โดยบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าไปตรวจสุขภาพจิตในเรือนจำ หรือ Telepsychiatry ตามแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน และ</p>

	<p>รายงานสถิติเป็นยอดรวมสะสมผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา (ไม่รวมจำนวนผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชและได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว)</p> <p>ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับการบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวช หมายถึง ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ ทั้งในและนอกเรือนจำ ทักษสถาน หรือตรวจรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry รวมทั้งกรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดยผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จิตแพทย์ และบันทึกข้อมูลผู้ต้องขังดังกล่าวลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวชตามลิงค์ http://61.19.42.40:10001</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66													
	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานที่กลับมาอาศัยในจังหวัดระยอง/มีภูมิลำเนาในจังหวัดระยอง ที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี (1 ต.ค.2564-30ก.ย.2565)															
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ															
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ระบบรายงาน 43 แฟ้ม															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี ทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$															
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>รอข้อมูลกรมสุขภาพจิต</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : เริ่มใช้ระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ปี 2564</p>			Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต	ร้อยละ	-	-	รอข้อมูลกรมสุขภาพจิต
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน														
		2562	2563	2564												
ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต	ร้อยละ	-	-	รอข้อมูลกรมสุขภาพจิต												

ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 ธันวาคม 2564 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565					
วิธีการประเมิน	สถิติข้อมูลสะสมของฐานข้อมูลนิติจิตเวช เวชระเบียนหน่วยบริการ ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ประเมินทุกโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	
5 เดือน	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	
6 เดือน	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	
9 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	
10 เดือน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	
12 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : ร้อยละ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	
5 เดือน	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	
6 เดือน	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	
9 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	
10 เดือน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	
12 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 25 ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่.....5.....คะแนน					

	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 35 ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 45 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ 25 ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ 30 ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ 35 ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ 40 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ 45 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล A -จำนวนรวมสะสมผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องครบ 1 ปี ทั้งหมด รวม 2 แห่งในจังหวัดระยอง หารสอง เท่ากับรายการข้อมูล B
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวจอมขวัญ กองวาจา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 09 6854 4735 E-mail : jomkwanmam@gmail.com/ E-mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัด	MOU_67 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired น้อยกว่าร้อยละ 26
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การ วินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่ อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่มีภาวะ 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 การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือ ที่ชุมชน 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 คือกลุ่ม community – acquired sepsis</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัด กรองผู้ป่วยทั่วไปที่ อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เพื่อ นำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งใช้ เครื่องมือในการคัดกรอง (sepsis screening tools) โดยใช้ SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้ แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือ ฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 26
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐทุกระดับในจังหวัดระยอง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดระยอง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บ ข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดระยอง				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของทุกโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead)จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อนำกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมี สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และ วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อนำกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมี สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และ วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการ		
			2562	2563	2564
	จำนวน	ร้อยละ $(A+C) / D \times 100$			
	A=				
	B=				
	C=				
D=					

ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 6 เดือน								
วิธีการประเมิน	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดย นำเสนอในภาพรวมของจังหวัด 2. ประเมินโดยการให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการดูแลรักษาพยาบาลในจังหวัด โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด CI								
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน		6 เดือน		10 เดือน		12 เดือน		
	<ร้อยละ26		<ร้อยละ26		<ร้อยละ26		<ร้อยละ26		
คะแนนภาพรวม หน่วยงาน	ระดับคะแนน								
	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			
	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้								
	รอบ 5 เดือน ที่ น้อยกว่าร้อยละ26 ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 6 เดือน ที่ น้อยกว่าร้อยละ26 ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 10 เดือน ที่ น้อยกว่าร้อยละ26 ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 12 เดือน ที่ น้อยกว่าร้อยละ26 ที่.....5.....คะแนน								
คะแนนภาพรวม จังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด 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	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6-9 แห่ง			
	12 เดือน	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6-9 แห่ง			
สรุปภาพรวมภาพ จังหวัด	รอบ 5 เดือน รพ.ที่ ระดับ5 คะแนน จำนวน 5 แห่ง ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 6 เดือน รพ.ที่ ระดับ5 คะแนน จำนวน 5 แห่ง ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 10 เดือน รพ.ที่ ระดับ5 คะแนน จำนวน 6-9 แห่ง ที่.....5.....คะแนน								
	รอบ 12 เดือน รพ.ที่ ระดับ5 คะแนน จำนวน 6-9 แห่ง ที่.....5.....คะแนน								

หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางสรณทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 0804733981 E-mail: qarayong@yahoo.com นายอนุกุล เปล่งปลั่ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง โทรศัพท์ 038 611104 ต่อ 7030 มือถือ 091 1566169 E- mail anukulpp@hotmail.com

แผนงาน	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัด	MOU_68 Refracture Rate
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ภายหลังจากการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochanter S72.2 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22.0 (T-spine) S32.0 (LS-spine) S32.7 (multiple LS with pelvis) 2. Humerus S42.2 (proximal) S42.3 (shaft) S42.4 (distal) 3. Distal radius S52.5 (without ulna) S52.6 (with ulna) 4. Distal femur S72.4

	<p>5. Proximal tibia S82.1</p> <p>6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond)</p> <p>S82.5 (Medial malleolus)</p> <p>S82.6 (lateral malleolus)</p> <p>S82.8 (lower leg, other)</p> <p>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <p>1. open reduction with internal fixation femur 79.35</p> <p>2. Close reduction with internal fixation femur 79.15</p> <p>3. Total hip arthroplasty 81.51</p> <p>4. Partial hip arthroplasty 81.52</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>โรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง โรงพยาบาลตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	1.Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลของรัฐระดับ M1,S,A ทุกแห่งในจังหวัดระยอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานของโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของทุกโรงพยาบาล หรือฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (HDC)
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A / B) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
ระยะเวลา ประเมินผล	6 เดือน 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	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
	10 เดือน	< 5	5	10	15	20
	12 เดือน	< 5	5	10	15	20
	คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รอบ 5 เดือน	< 5	< 5	10	15	20	
รอบ 6 เดือน	< 5	5	10	15	20	
รอบ 10 เดือน	< 5	5	10	15	20	
รอบ 12 เดือน	< 5	5	10	15	20	
คะแนนภาพรวมจังหวัด วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน						
โรงพยาบาล		5 เดือน	6 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
ภาพรวมจังหวัด		2 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	3 แห่ง	
ผู้รับผิดชอบจัดทำ ข้อมูล/รายงาน	<p>1.นางสรายุทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน 038 613430 ต่อ2142 E-mail qarayong@yahoo.com</p> <p>2.นางพเยาว์ ภัทรพิศาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง โทร.038-611104 ต่อ 3141, 3143 มือถือ 089-6942567</p> <p>E-mail : sim_payao@hotmail.co.th</p>					

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ																
ตัวชี้วัด	MOU_69 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST Elevated Myocardial Infarction																
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 8																
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด																
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดยสำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แห่ง และข้อมูลจาก Thai ACS Registry																
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI</td> <td>ร้อยละ</td> <td>11.54</td> <td>5.16</td> <td>7.94</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	อัตราตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	11.54	5.16	7.94
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน															
		2562	2563	2564													
อัตราตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	11.54	5.16	7.94													
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																
วิธีการประเมิน	รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล																

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	< 8	-	< 8	< 8	-	< 8
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
9 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
9 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	≥ 11	≥ 10	≥ 9	≥ 8	< 8	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน					

<p>การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 8..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด</p>	<p>น.ส.ลภัสสรดา สระดอแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com</p>

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	19. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
ตัวชี้วัด	MOU_70 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยง จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง 1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ 2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในจังหวัดระยอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																							
				2562	2563	2564																					
	การให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		ร้อยละ	9.39	7.63	1.52																					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																										
วิธีการประเมิน	<p>รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาใน ร.พ. - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ได้รับการวินิจฉัย STEMI - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ทั้งหมด 																										
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</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>ยาละลายลิ่มเลือด</td> <td>≥ 60</td> <td>-</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 60</td> <td>-</td> <td>≥ 60</td> </tr> <tr> <td>Primary PCI</td> <td>≥ 60</td> <td>-</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 60</td> <td>-</td> <td>≥ 60</td> </tr> </tbody> </table>						ตัวชี้วัด	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ยาละลายลิ่มเลือด	≥ 60	-	≥ 60	≥ 60	-	≥ 60	Primary PCI	≥ 60	-	≥ 60	≥ 60	-	≥ 60
ตัวชี้วัด	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																					
ยาละลายลิ่มเลือด	≥ 60	-	≥ 60	≥ 60	-	≥ 60																					
Primary PCI	≥ 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	-	-	-	-	-																						
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60																						
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60																						
10 เดือน	-	-	-	-	-																						
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	-	-	-	-	-
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60
10 เดือน	-	-	-	-	-
12 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-
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	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด	MOU_71 (PA_H_08) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก -วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา -ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</p> <p>-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</p> <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก -วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ / เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่ การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</p> <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก -วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่ การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p>

	-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. (ระยะเวลาการรอดคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด) หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอดคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลที่มีการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เคมีบำบัด วิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอดคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยน์โรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก และวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง
แหล่งข้อมูล	1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

	$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																								
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$																								
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>80.12</td> <td>76.80</td> <td>78.69</td> </tr> <tr> <td>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>85.74</td> <td>77.52</td> <td>78.20</td> </tr> <tr> <td>3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td colspan="3">จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ	80.12	76.80	78.69	2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	85.74	77.52	78.20	3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา			
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน																					
		2562	2563	2564																					
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ	80.12	76.80	78.69																					
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	85.74	77.52	78.20																					
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา																							
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																								
วิธีการประเมิน	สำรวจและนิเทศติดตาม																								
เกณฑ์การประเมิน	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <table border="1"> <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>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> </table> 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <table border="1"> <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>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> </tr> </table>	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	75	75	75	75	75	75	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	75	75	75	75	75	75
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																				
75	75	75	75	75	75																				
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																				
75	75	75	75	75	75																				

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
60	60	60	60	60	60

★ จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
5 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
6 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
9 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
5 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
6 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
9 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

★ จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของจังหวัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
5 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
6 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
9 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
5 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
6 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
9 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 55	≥ 65	≥ 75

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

★ จังหวัดระยองไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 75..... ที่.....5.....คะแนน

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้	
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 75.....	ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-	
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.ลภัสสรดา สระดอกบัว กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ 082 867 9765

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด	MOU_72 ระดับความสำเร็จในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง
คำนิยาม	<p>ทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) หมายถึง ขบวนการในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกราย ทุกตำแหน่ง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการทางทะเบียนมะเร็ง แบ่งเป็น</p> <p>1. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) หมายถึง การบันทึกข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ผ่านโปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง โดยบันทึกสถิติสำคัญที่เกี่ยวกับมะเร็ง เช่น ชนิดของมะเร็งที่พบในผู้ป่วย วิธีการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง วิธีการรักษาของผู้ป่วย แต่ละรายในโรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>2. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based Cancer Registry) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งจากแหล่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เป้าหมายแห่งหนึ่งๆ เช่น ในโรงพยาบาลที่สามารถเป็นตัวแทนในกลุ่มได้ และนำมาตรวจสอบความซ้ำของบุคคลในภาพรวมของจังหวัด ข้อมูลจะแสดงถึงปัญหาในชุมชน ขนาดของปัญหา อุบัติการณ์ อัตราตาย อัตราการอยู่รอด และสามารถนำมาใช้ในการวางแผน ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับจังหวัดและประเทศ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based)</p> <p>2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร (Population-Based)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัด
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตาม/ตรวจสอบ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบ Thai Cancer Based Registry
รายการข้อมูล	<p>ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry)</p> <p>1. A = จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัด ที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล</p> <p>2. A = จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัด ที่มีการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร</p>

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัดทั้งหมด					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	ร้อยละ 100 ของ รพ.ในจังหวัด ที่มีการทำทะเบียนมะเร็ง	ร้อยละ	77.78	100	100	
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน)					
วิธีการประเมิน	<p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> มีผู้รับผิดชอบในการจัดทำทะเบียนมะเร็งอย่างชัดเจน สามารถระบุตัวบุคคลได้ ประกอบด้วย จนท.OPD / จนท.IT / จนท.งานเยี่ยมบ้าน จนท.ผู้รับผิดชอบงานหลักในการบันทึกข้อมูล และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> มีอุปกรณ์ (Hard ware) พร้อมสำหรับการใช้งานข้อมูลทะเบียนมะเร็งและการลงโปรแกรม Thai Cancer Based ไว้เรียบร้อยแล้ว</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> มีการจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลจากทุกภาคส่วนของงานบริการในโรงพยาบาล</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> มีการดำเนินงานคีย์ข้อมูลลงในโปรแกรม Thai Cancer Based เป็นข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 – ปัจจุบัน โดยมีความครบถ้วน ถูกต้อง และมีการตรวจสอบข้อมูล</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> มีการนำข้อมูลทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลไปใช้ในงานเยี่ยมบ้าน Palliative Care ฯลฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ในพื้นที่</p>					
	ขั้นตอน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	คะแนน					
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/

เกณฑ์การ ประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	-	100	-	-	100

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

★ ประเมินจาก ระดับความสำเร็จในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง

ระดับ ความสำเร็จ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	-	-	-	-	-
12 เดือน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

★ ประเมินจาก ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital Based)

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-
6 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 60	≥ 80	100
9 เดือน	-	-	-	-	-
10 เดือน	-	-	-	-	-
12 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 60	≥ 80	100

เกณฑ์การ
ประเมินภาพรวม
ของแต่ละ
หน่วยงาน

ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

★ ประเมินจาก ระดับความสำเร็จในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง

รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน

รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน

รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนที่.....5..... ระดับความสำเร็จที่.....5.....

	<p>รอบ 9 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอนที่.....5..... ระดับความสำเร็จที่.....5.....</p>
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>★ ประเมินจาก ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ระดับความสำเร็จที่.....5.....ร้อยละ.....100.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ระดับความสำเร็จที่.....5.....ร้อยละ.....100.....ที่.....5.....คะแนน</p>
หมายเหตุ	–
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>นางสาวลภัสสรดา 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	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)													
โครงการ	20. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง													
ตัวชี้วัด	MOU_73 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม 30-70 ปี													
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30–70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนัก เรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านมและได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination: BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำและการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30–70 ปี) อย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง/ปี													
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสัญชาติไทยอายุ 30–70 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการนั้น (Type area 1, 3)													
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม													
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข													
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนสตรีอายุ 30–70 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30–70 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ													
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สตรีอายุ 30–70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>72.72</td> <td>76.00</td> <td>72.86</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	สตรีอายุ 30–70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	72.72	76.00	72.86
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2562	2563	2564										
สตรีอายุ 30–70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	72.72	76.00	72.86										
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	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
5 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
6 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
10 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70	
12 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
5 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
6 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
10 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70	
12 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน					

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้	
	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70	ที่.....5.....คะแนน
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80	ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-	
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.ลภัสรดา สระดอกบัว กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ 082 867 9765

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	20. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ตัวชี้วัด	MOU_74 ร้อยละคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 30-60 ปี				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA TEST				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สตรีสัญชาติไทย อายุ 30-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการนั้น (Type area 1, 3)				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของ สปสช.				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA TEST				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	สตรีอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	45.90	30.22	40.90
ระยะเวลา ประเมินผล	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	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	กลุ่มเป้าหมาย ≥ 80	กลุ่มเป้าหมาย ≥ 80 (จำนวนสะสม)	กลุ่มเป้าหมาย ≥ 20	กลุ่มเป้าหมาย ≥ 40	กลุ่มเป้าหมาย ≥ 60

	(จำนวนสะสม ปี 2558-2561)	ปี 2558-2562)		(จำนวนสะสม ปี 2563- 2564)	(จำนวนสะสม ปี 2563- 2565)	
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
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	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50	
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
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	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50	
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60	
เกณฑ์การ ประเมิน ภาพรวมของ แต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน (รอติดตั้งเครื่องตรวจ HPV DNA ภายในไตรมาสที่ 1) รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... 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					

การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน (รอติดตั้งเครื่องตรวจ HPV DNA ภายในไตรมาสที่ 1) รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 20..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 30..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 40..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... \geq 60..... ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.ลภัสสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ตัวชี้วัด	MOU_75 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง • eGFR = Estimated Glomerular Filtration Rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจาก ค่า Serum Creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 66
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR >= 15
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม Scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ Real Time
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 - 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 - 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ Creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ Creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน</p> <p>วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี Simple Linear Regression</p> <p>$(y = mx+b)$</p> <p>โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ</p> <p>GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก</p> <p>y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="438 1176 1417 1458"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m²/yr</td> <td>ร้อยละ</td> <td>59.38</td> <td>64.35</td> <td>63.25</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ	59.38	64.35	63.25
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2562	2563	2564										
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ	59.38	64.35	63.25										
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ Real time)													
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงาน การประเมินผลได้แบบ Real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด													

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	-	≥ 66	≥ 66	-	≥ 66
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	-	-	-	-	-	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
9 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	-	-	-	-	-	
5 เดือน	-	-	-	-	-	
6 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
9 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
10 เดือน	-	-	-	-	-	
12 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 66	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 66..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 66..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 66..... ที่.....5.....คะแนน					

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการ	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา		
ตัวชี้วัด	MOU_76 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับ สายตา (VA) แย่กว่า 20/400		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)		
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	1. ร.พ.ระยอง/ร.พ.แก่ง/รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูล ก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน
			2562 2563 2564
	1.ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจก ชนิดบอด ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	ร้อยละ	59.37 73.58 74.46
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส		
วิธีการประเมิน	ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand		

เกณฑ์การประเมิน						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 35	ร้อยละ 45	ร้อยละ 55	ร้อยละ 65	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	0	5	15	25	≥ 35	
5 เดือน	5	15	25	35	≥ 45	
6 เดือน	15	25	35	45	≥ 55	
9 เดือน	25	35	45	55	≥ 65	
10 เดือน	35	45	55	65	≥ 75	
12 เดือน	45	55	65	75	≥ 85	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	0	5	15	25	≥ 35	
5 เดือน	5	15	25	35	≥ 45	
6 เดือน	15	25	35	45	≥ 55	
9 เดือน	25	35	45	55	≥ 65	
10 เดือน	35	45	55	65	≥ 75	
12 เดือน	45	55	65	75	≥ 85	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....35..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....45..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 6 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....55..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 9 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....65..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 10 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....75..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 12 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....85..... ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้					
รอบ 3 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....35..... ที่.....5.....คะแนน					
รอบ 5 เดือน	ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....45..... ที่.....5.....คะแนน					

	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....55..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....65..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....75..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ/ระดับ/ขั้นตอน.....85..... ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	
รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีตะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 0 9455 95144 E mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan)					
โครงการ	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ					
ตัวชี้วัด	MOU_77 อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย ยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำอวัยวะออก (Organ retrieval) ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด					
คำนิยาม	สัดส่วนจำนวนจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย ยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำออก (Organ retrieval) ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด					
เกณฑ์เป้าหมาย						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตายยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำอวัยวะออก (Organ retrieval) 2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมดจากทุกสาเหตุ					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ระยอง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตาย และไม่มีข้อห้ามในการบริจาคอวัยวะ (Potential donor) ของโรงพยาบาลศูนย์ระยอง					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ระยอง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตายยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำอวัยวะออก (Organ retrieval)					
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมดจากทุกสาเหตุ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
			0.30	0.32	0.36	
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี (ธ.ค.มี.ค.มิ.ย.ก.ย.)					
วิธีการประเมิน	เก็บคะแนนจากโรงพยาบาลศูนย์ระยอง รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ 0.3	>0.30	>0.35	>0.40	>0.40	>0.40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<0.15	0.15	0.20	0.25	0.30
5 เดือน	<0.15	0.20	0.25	0.30	>0.30
6 เดือน	<0.20	0.25	0.30	0.35	>0.35
9 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40
10 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40
12 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<0.15	0.15	0.20	0.25	0.30
5 เดือน	<0.15	0.20	0.25	0.30	>0.30
6 เดือน	<0.20	0.25	0.30	0.35	>0.35
9 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40
10 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40
12 เดือน	<0.25	0.30	0.35	0.40	>0.40

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (รพศ.แห่งเดียว)	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน ทุกรอบการประเมิน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน ทุกรอบการประเมิน
หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสรายุทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 มือถือ 080-4733981 E-mail qarayong@yahoo.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	24. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ตัวชี้วัด	MOU_78 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)			
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างเป็นรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 50 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)	ร้อยละ 55 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)	ร้อยละ 58 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)	ร้อยละ 60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)			
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู			

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่ผ่านระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2563	
	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 44.36 (เฉลี่ย 3 ปี)	41.23	43.53	57.56 (ข้อมูล ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2564)	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน</p> <p>รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564)</p> <p>รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565)</p> <p>รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)</p> <p>รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565)</p> <p>รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565)</p> <p>รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)</p>					
วิธีการประเมิน	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2565					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 58

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (ร้อยละ)					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	15	20	25	30	35
5 เดือน	20	25	30	35	40
6 เดือน	25	30	35	40	45
9 เดือน	30	35	40	45	50
10 เดือน	35	40	45	50	55
12 เดือน	40	45	50	55	58

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด (ร้อยละ)					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	15	20	25	30	35
5 เดือน	20	25	30	35	40
6 เดือน	25	30	35	40	45
9 เดือน	30	35	40	45	50
10 เดือน	35	40	45	50	55
12 เดือน	40	45	50	55	58

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	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 58 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	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 58 ที่ 5 คะแนน

หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นายธนระริชต์ นามผลดี ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขอาวุโส กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ มือถือ 06- 1587-8887 E-mail pizza2514@hotmail.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	23. โครงการการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care ; IMC)
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	MOU_79 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาล ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
ตัวชี้วัดย่อย	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
คำนิยาม	การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทากิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
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

		ต่อไปนี S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	
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 : โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ที่ คะแนน ระดับ 5 ร้อยละ 100		
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. 	
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โดยระบบรายงานและ นิเทศ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน	
ระยะเวลา	รอบ 6 เดือน และ รอบ12 เดือน	
ประเมินผล		

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ระดับคะแนน</p> <p>1 คะแนน = <u>ขั้นตอนที่ 1</u> เท่ากับ มีคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง</p> <p>2 คะแนน = <u>ขั้นตอนที่ 2</u> เท่ากับ ขั้นตอน 1 และมีเตียงสำรองอย่างน้อย 2 เตียง / มีแผนการดำเนินงาน และมีการบริหารพื้นที่สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>3 คะแนน = <u>ขั้นตอนที่ 3</u> เท่ากับ ขั้นตอน 2 และมีระบบรายงานจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงาน</p> <p>4 คะแนน = <u>ขั้นตอนที่ 4</u> เท่ากับ ขั้นตอน 3 และมีแผนการพัฒนาระดับชุมชน</p> <p>5 คะแนน = <u>ขั้นตอนที่ 5</u> เท่ากับ ขั้นตอน 4 และผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและ คะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริหารพื้นที่สภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 \geqร้อยละ 70</p>				
<p>เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4-5
6 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4-5
10 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอน.....4-5 ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอน.....4-5..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ขั้นตอน.....5..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอน.....5..... ที่.....5.....คะแนน</p>					
<p>เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของภาพรวมจังหวัด วัดจากโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน</p>					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	รพ.4 แห่ง	รพ. 5 แห่ง	รพ. 6 แห่ง	รพ. 7 แห่ง	รพ. 8 แห่ง
10 เดือน	รพ.4 แห่ง	รพ. 5 แห่ง	รพ. 6 แห่ง	รพ.7 แห่ง	รพ. 8 แห่ง
12 เดือน	รพ.4 แห่ง	รพ. 5 แห่ง	รพ. 6 แห่ง	รพ.7 แห่ง	รพ. 8 แห่ง

ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้		
รอบ 5 เดือน ที่ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนระดับ 5 จำนวน 8 แห่ง..... ที่.....5.....คะแนน		
รอบ 6 เดือน ที่ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนระดับ 5 จำนวน 8 แห่ง ที่.....5.....คะแนน		
รอบ 10 เดือน ที่ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนระดับ 5 จำนวน 8 แห่ง ที่.....5.....คะแนน		
รอบ 12 เดือน ที่ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนระดับ 5 จำนวน 8 แห่ง ที่.....5.....คะแนน		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสรายุทิพย์ สังข์ไชย โทรศัพท์มือถือ: 080-4733981 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: qarayong@yahoo.com

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan)				
โครงการ	26. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Sugery : ODS				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_80 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery				
คำนิยาม	การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษา ทำหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อน แล้วสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกัน กับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออก ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการเนบทำยการรึกา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน ในเวลาที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรักษา มีความพึงพอใจในบริการ				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ./รพท.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากเวชสถิติ และจากหน้างานการปฏิบัติการผ่าตัด				
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)				
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
			ODS ร้อยละ 40	ODS ร้อยละ 60	ODS ร้อยละ 66
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 12 เดือน				
วิธีการประเมินผล	1 คะแนน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery < 5 2 คะแนน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 5 3คะแนน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 10 4 คะแนน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 15 5 คะแนน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 20				

เกณฑ์การประเมิน	รอบ5เดือน6 เดือน		รอบ10เดือน12 เดือน			
	- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery \geq ร้อยละ 20		- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery \geq ร้อยละ 20			
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของหน่วยงาน	คะแนน	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
	5 เดือน	< 5	\geq 5	\geq 10	\geq 15	\geq 20
	6 เดือน	< 5	\geq 5	\geq 10	\geq 15	\geq 20
	10 เดือน	< 5	\geq 5	\geq 10	\geq 15	\geq 20
	12 เดือน	< 5	\geq 5	\geq 10	\geq 15	\geq 20
สรุปผลรวมในภาพหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ODS ที่ \geq ร้อยละ 20ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ODS ที่ \geq ร้อยละ 20ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ODS ที่ \geq ร้อยละ 20ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ODS ที่ \geq ร้อยละ 20ที่.....5.....คะแนน					
ภาพรวมภาพจังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ดังนี้					
	คะแนน	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
	5 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง
	6 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง
	10 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง
12 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง	
ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.1-2 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.1-2 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.3 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.3 แห่ง ที่.....5.....คะแนน						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นาง สราญทิพย์ สังข์ไชย		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรฯ 0804733981			
E-mail: qarayong@yahoo.com						
นาง กมลทิพย์ ไชยรักษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องผ่าตัด โทรฯ 038-611104 ต่อ 6509,6522 มือถือ 089-6027767 E-mail Kamontipchaiyaruk@gmail.com						

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan)
โครงการ	26. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Sugery : ODS
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_81 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery)
คำนิยาม	<u>การผ่าตัดแผลเล็ก(Minimally Invasive Surgery:MIS)</u> หมายถึงการผ่าตัดแผลเล็ก หรือเรียกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายน้อยกว่าการรักษาในรูปแบบเดิม เป็นการผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็กแพทย์จะทำการใช้อุปกรณ์ที่เป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัดโดยใช้การมองผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดที่มีบาดแผลเล็ก ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดน้อยลง ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาล กลับไปทำงานได้เร็ว ปลอดภัย ทันสมัย ปัจจุบัน กรมการแพทย์เพิ่งรับรองให้ทำการผ่าตัดเดี่ยว คือ Laparoscopic Cholecystectomy:LC รอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้ กรณี รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010) กลุ่ม DRGs version 5 โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย Re-admitภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) น้อยกว่า ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน ในเวลาที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรักษา มีความพึงพอใจในบริการ
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ./รพท.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากเวชสถิติ และจากหน้างานการปฏิบัติการผ่าตัด
รายการข้อมูล	A: จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Sugeryด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) B:จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็กแบบ (Minimally Invasive Surgery:MIS) ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด MIS	(A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2562	2563	2564	
			MIS	MIS		
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 12 เดือน					
วิธีการประเมินผล	<p>1 คะแนน : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) >ร้อยละ 20</p> <p>2 คะแนน : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) ≥ร้อยละ 15</p> <p>3คะแนน : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) ≥ร้อยละ 10</p> <p>4 คะแนน : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) ≥ร้อยละ 5</p> <p>5 คะแนน : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) <ร้อยละ 5</p>					
เกณฑ์การประเมิน	รอบ5เดือน6 เดือน		รอบ10เดือน12 เดือน			
	- ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) <ร้อยละ 5		- ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) <ร้อยละ 5			
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของหน่วยงาน	คะแนน	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
	5 เดือน	>ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 5	< 5
	6 เดือน	>ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 5	< 5
	10 เดือน	>ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 5	< 5
	12 เดือน	>ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 5	< 5

สรุปผลรวมในภาพ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน MIS ที่ <ร้อยละ 5 ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน MIS ที่ <ร้อยละ 5 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน MIS ที่ <ร้อยละ 5 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน MIS ที่ <ร้อยละ 5 ที่.....5.....คะแนน																														
ภาพรวมภาพ จังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1คะแนน</th> <th>2คะแนน</th> <th>3คะแนน</th> <th>4คะแนน</th> <th>5คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1-2 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1-2 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1-2 แห่ง</td> <td>3 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1-2 แห่ง</td> <td>3 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table> ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.1-2 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.1-2 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.3 แห่ง ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผ่านเกณฑ์ 5 คะแนน ที่ รพ.3 แห่ง ที่.....5.....คะแนน	คะแนน	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	5 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง	6 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง	10 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง	12 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง
คะแนน	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน																										
5 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง																										
6 เดือน	-	-	-	-	1-2 แห่ง																										
10 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง																										
12 เดือน	-	-	-	1-2 แห่ง	3 แห่ง																										
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสรณทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรฯ 0804733981 E-mail: qarayong@yahoo.com นางกมลทิพย์ ไชยรักษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องผ่าตัด โทรฯ 038-611104 ต่อ 6509,6522 มือถือ 089-6027767 E-mail Kamontipchaiyaruk@gmail.com																														

แผนงานที่ 08	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	27. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ตัวชี้วัด	MOU_82 (PA_H_09) ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดการคัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชา ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการ บริการให้ผู้ป่วย เข้าถึงง่าย เช่น มีระบบการคัดกรอง หรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน 3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย 4. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา 5. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5) 6. คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง การจัดการบริการให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แผนไทย
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>มีการดำเนินงานตามเงื่อนไขได้ตั้งแต่วันที่ 1-5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลในจังหวัดระยองมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 70 2. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง 2. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>การคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และรอบ 10 เดือน)</p> <p>รอบ 5 เดือน คะแนนรวม 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน คะแนนรวม 5 คะแนน</p>
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข

	2. โรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการ</p> <p>A2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา กัญชา >1.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ >เลือกปีงบประมาณ)</p> <p>A3 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ต.ค. 64 - ก.พ.65)</p>				
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา กัญชา >1.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ >เลือกปีงบประมาณ)</p> <p>B3 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปี 2564</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละโรงพยาบาลที่จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ = $(A2/B2) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น = $(A3-B3/B3) \times 100$</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	1.ร้อยละโรงพยาบาลที่จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์	แห่ง	-	33.33	55.55
	2.ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
	3.ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		ร้อยละ	-	-	-
		4.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผน ไทย	แห่ง	-	-	-
ระยะเวลา	รอบ 5 เดือน วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565					
ประเมินผล	รอบ 10 เดือน วันที่ 22 กรกฎาคม 2565					
วิธีการประเมินผล	รอบ 5 เดือน			รอบ 10 เดือน		
	ขั้นตอนที่ 1 - 3			ขั้นตอนที่ 1 - 5		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
การดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน			ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	
10 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
ระดับ รพศ. / รพท. / รพช.						
ขั้นตอนที่ 1	1.1 มีคำสั่งคณะทำงาน 1.2 มีการวิเคราะห์แผนงาน					
ขั้นตอนที่ 2	2.1 มีแพทย์, เกษีกร ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ 2.2 แพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย					
ขั้นตอนที่ 3	3.1 มีการจัดห้อง/สถานที่คัดกรอง, ให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3.2 มีใบอนุญาต ยส.5					
ขั้นตอนที่ 4	4.1 มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 4.2 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ <u>ร้อยละ 3</u> 4.3 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น <u>ร้อยละ 3</u>					

<p>ขั้นตอนที่ 5 หมายเหตุ ข้อ 5.4 คิดคะแนนเฉพาะ โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มี แพทย์แผนไทย ใน รพ.สต.</p>	<p>5.1 มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 5.2 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 5.3 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 5.4 มีการสนับสนุนตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ให้กับ รพ.สต. ในสังกัด ที่มีแพทย์แผนไทย อย่างน้อย 1 แห่ง</p>																																																
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด</p>																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ</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>5 เดือน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>มี รพ. เปิด คลินิกกัญชา</td> <td>2 แห่ง</td> <td>3 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. มี รพ. เปิดคลินิกกัญชา</td> <td>3 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>2. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์</td> <td>< ร้อยละ 1.25</td> <td>ร้อยละ 1.25</td> <td>ร้อยละ 2.5</td> <td>ร้อยละ 3.75</td> <td>≥ ร้อยละ 5</td> </tr> <tr> <td>3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น</td> <td>< ร้อยละ 1.25</td> <td>ร้อยละ 1.25</td> <td>ร้อยละ 2.5</td> <td>ร้อยละ 3.75</td> <td>≥ ร้อยละ 5</td> </tr> <tr> <td>4. รพ.สต.มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	5 เดือน						มี รพ. เปิด คลินิกกัญชา	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง	10 เดือน						1. มี รพ. เปิดคลินิกกัญชา	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	2. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์	< ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3.75	≥ ร้อยละ 5	3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น	< ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3.75	≥ ร้อยละ 5	4. รพ.สต.มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย					1 แห่ง
รอบ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																												
5 เดือน																																																	
มี รพ. เปิด คลินิกกัญชา	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง																																												
10 เดือน																																																	
1. มี รพ. เปิดคลินิกกัญชา	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง																																												
2. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์	< ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3.75	≥ ร้อยละ 5																																												
3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น	< ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3.75	≥ ร้อยละ 5																																												
4. รพ.สต.มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย					1 แห่ง																																												
<p>การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน รอบ 10 เดือน โดยคิดคะแนนเฉลี่ยจากการดำเนินงาน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน</p>																																																
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>นางเกษณี แต่ถาวร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 089-832-2106 E-mail : sparayongfda@gmail.com นางพัทธยา ไชยชนสันติ ตำแหน่ง เกษีชรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภครและเกษีชรสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-476-2064 E-mail : junepattaya@gmail.com</p>																																																

แผนงานที่	8. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการ	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ตัวชี้วัด	MOU_83 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแยกลงในภายหลังก็ได้</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ทั้ง Trauma และ Non-Trauma</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Triage level 1</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> <td>< ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>				ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	Triage level 1	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67									
Triage level 1	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p> <p>1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p>											

	1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12				
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564 (9 เดือน)
	-	ร้อยละ	11.50	11.12	10.31
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
วิธีการประเมิน	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p> <p>2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <p>3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ</p>				
เกณฑ์การประเมิน	2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	
	ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12		

เกณฑ์การประเมิน	ปี 2567:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
6 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
9 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
12 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
6 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
9 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
12 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
6 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
9 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
12 เดือน	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
หมายเหตุ					
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางอารยา ผ่องแผ้ว โทรศัพทมือถือ 089-4051669 E-mail : araya_ncd@hotmail.com โทรศัพท์สำนักงาน 038-967415-7 ต่อ 1104				

แผนงานที่	9. การพัฒนาโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการ	29. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัด	MOU_84 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด
คำนิยาม	<p>มาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเล รวมทั้งการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการฯ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอหรือจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะ จัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ) หรือภัยจากกระแสน้ำดูด เป็นต้น</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ เป็นต้น</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีการจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุ หมู่ เรือล่ม เป็นต้น และภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม,การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS, COVID-19 เป็นต้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระยอง /สาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง /รพ.สต.เกาะเสม็ด
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลระยอง /สาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง/ รพ.สต.เกาะเสม็ด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวม ข้อมูล และ วิเคราะห์ ผลจากรายงาน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง (เป็นรายไตรมาส)
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากแบบฟอร์มการรายงาน
รายการข้อมูล	ประเมินการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานงานบริการ 5 ระดับ โดย ประเมินเป็นภาพรวมระดับ CUP

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ตามระดับมาตรฐานการดำเนินงาน 5 ระดับ					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน	
					2562	2563
	-		-		-	5
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีงบประมาณ 2565 ประเมินผลรอบ 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	1. เก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มการรายงาน 2. เก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ กำกับติดตาม ตามมติคณะกรรมการ					
เกณฑ์การ ประเมิน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	
การประเมินผล หน่วยงาน	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	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
	10 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	12 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
เกณฑ์การประเมินผลภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ประเมินภาพรวม CUP เมืองระยอง /หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินที่ 5 คะแนน						
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด ประเมินผลตามผลงาน CUP เมืองระยอง						
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง					
ผู้รับผิดชอบ ระดับอำเภอ	CUP เมืองระยอง					
ผู้รับผิดชอบ	นายพิภพ เมืองสิริ			ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข			โทรศัพท์ 038-967415 ต่อ 2106		
	E-mail : rayong21@gmail.com					



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 :
ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	31. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_85 จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>1.การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา อัตรารักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <p>1.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน</p> <p>1.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</p> <p>1.2.1 ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด</p> <p>1.2.2 ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ต.ค. 64 หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด 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</p>

	<p>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				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. หน่วยงาน สสจ. / รพศ. / รพท.				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	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. 64				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	อัตราว่าง จ.ระยอง	ร้อยละ	8.30	4.81	-

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 (6 เดือน) และไตรมาส 4 (12 เดือน)						
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของหน่วยงาน						
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	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		
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน และ การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ในรอบการประเมินผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน ดังนี้ รอบ 5 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 5 รอบ 6 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 5 รอบ 9 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 4 รอบ 10 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 4 รอบ 12 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 4						
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นายบรรจง วงศ์คงดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 2113 E-mail: prrayonghealth@gmail.com						

แผนงานที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	31. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_86 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1.บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มสายวิชาชีพ 3 กลุ่มวิชาชีพ ดังนี้</p> <p>1.1 สายวิชาชีพหลัก มี 9 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1) แพทย์ 2) ทันตแพทย์/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3) เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 4) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค 5) นักกายภาพบำบัด 6) นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 7) นักเทคนิคการแพทย์ 8) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิวิทยา/เซลล์วิทยา) 9) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข</p> <p>1.2 สายวิชาชีพเฉพาะมี 4 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1) นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ 2) แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) 3) นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)/เจ้าพนักงานเวชสถิติ 4) นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ</p> <p>1.3 สายสหวิชาชีพ มี 6 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1) ช่างทันตกรรม 2) นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด 3) นักจิตวิทยา/จิตวิทยาคลินิก 4)นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 5) นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 6) นักปฏิบัติงานฉุกเฉินการแพทย์/เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (ยกเว้นสายงานที่ไม่ผลิตในทุกสถาบันหลัก และ/หรือไม่มีในหน่วยงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการโสตทัศนศึกษา/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ช่างภาพการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล)</p> <p>2. การพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคคลสาธารณสุขที่มีศักยภาพ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพในการปฏิบัติงานทันต่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเติบโตก้าวหน้าในสายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถ ดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็น พี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด โดยครอบคลุมการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>3. ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุข ทั้งสายวิชาชีพ 3 กลุ่มวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์เป้าหมาย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90 (บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนา 10 วันต่อคนต่อปี)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มสายวิชาชีพ 3 กลุ่มวิชาชีพ

หน่วยบริการที่รับการประเมิน	กลุ่มงานในสสจ./ รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ.(รวม รพ.สต.) ทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการพัฒนาบุคลากร รอบ 3 / 5 / 6 / 9 / 10 / 12 เดือน					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มสายวิชาชีพ 3 กลุ่มวิชาชีพ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
			ร้อยละ	-	78.21	80.00
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 (6 เดือน) และไตรมาส 4 (12 เดือน)					
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ค่าเป้าหมาย					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ30	ร้อยละ 50	ร้อยละ60	ร้อยละ70	ร้อยละ80	ร้อยละ90
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50	
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70	
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	
12 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50	

6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน และการสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ทุกรอบการประเมินผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน ดังนี้ รอบ 3 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 3 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 รอบ 5 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 5 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 รอบ 6 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 6 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 รอบ 9 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 7 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 รอบ 10 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 8 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 รอบ 12 เดือน บุคลากรได้รับการพัฒนาฯ ครบ 10 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายบรรจง วงศ์คงดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 2113 E-mail: prrayonghealth@gmail.com				

แผนงานที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	32. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ตัวชี้วัด	MOU_87 (PA_H_10 & PA_S_06) องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่ายุ่ และชุมชนสมานฉันท์</p> <p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p> <p>Happinometer หมายถึง การประเมินความสุขบุคลากร</p> <p>Happy Public-Organization Index (HPI) หมายถึง การประเมินสุขภาวะองค์กร</p> <p>เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง เกณฑ์การประเมินหน่วยงานตนเอง เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเอง ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> หมวดที่ 1 การนำองค์กร หมวดที่ 2 กระบวนการ หมวดที่ 3 ผลลัพธ์ หมวดที่ 4 เรื่องราวของความสำเร็จ (Success Story) การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>-บุคลากรของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ 70 ขึ้นไป</p> <p>-หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จำนวน 1 แห่ง</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ข้าราชการ 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3) พนักงานราชการ 4) ลูกจ้างประจำ 5) ลูกจ้างชั่วคราว

	2.หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง - สสจ.ระยอง / - รพศ. / - รพท. / - รพช. / - สสอ. (รวม รพ.สต.)													
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	จังหวัดระยอง - สสจ.ระยอง / - รพศ. / - รพท. / - รพช. / - สสอ. (รวม รพ.สต.) จำนวน 18 หน่วยงาน													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บุคลากรของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH 2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของหน่วยงาน มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 3. แบบรายงานผลการดำเนินงาน รอบ 3 / 5 / 6 / 9 / 10 / 12 เดือน													
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลการประเมินฯ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพจากหน่วยงาน													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน													
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>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ทำแบบประเมินฯ/ องค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพ</td> <td>ร้อยละ/หน่วยงาน</td> <td>ผู้ตอบแบบ ประเมินฯ ร้อย ละ 85.36 /Bright Spot องค์กรแห่ง ความสุข 15 หน่วยงาน</td> <td>ขั้นตอนที่ 4 18 แห่ง</td> <td>มีผลการ ดำเนินงาน ระดับ 5 2 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2562	2563	2564	ผู้ทำแบบประเมินฯ/ องค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพ	ร้อยละ/หน่วยงาน	ผู้ตอบแบบ ประเมินฯ ร้อย ละ 85.36 /Bright Spot องค์กรแห่ง ความสุข 15 หน่วยงาน	ขั้นตอนที่ 4 18 แห่ง	มีผลการ ดำเนินงาน ระดับ 5 2 แห่ง
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2562	2563	2564										
ผู้ทำแบบประเมินฯ/ องค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพ	ร้อยละ/หน่วยงาน	ผู้ตอบแบบ ประเมินฯ ร้อย ละ 85.36 /Bright Spot องค์กรแห่ง ความสุข 15 หน่วยงาน	ขั้นตอนที่ 4 18 แห่ง	มีผลการ ดำเนินงาน ระดับ 5 2 แห่ง										
ระยะเวลาประเมินผล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน รอบ 3 / 5 / 6 / 9 / 10 / 12 เดือน													
วิธีการประเมิน	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ													
เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน	ระดับ 1 หน่วยงานมีการจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขของหน่วยงานและมีการดำเนินการตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในหมวดที่ 1 และหมวดที่ 2													

	<p>ระดับ 2 หน่วยงานมีการประชาสัมพันธ์/ชี้แจงรายละเอียดเข้าทำแบบประเมินความสุ บุคลากร (Happinometer)และการประเมินสุขภาวะองค์กร(HPI) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH</p> <p>ระดับ 3 มีบุคลากรของหน่วยงานเข้าทำแบบประเมินความสุ บุคลากร (Happinometer)และการประเมินสุขภาวะองค์กร(HPI) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH ไม น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>ระดับ 4 หน่วยงานมีการนำผลการประเมินดัชนีความสุ ขของคนทำงาน (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร(HPI) <u>มากำหนดแผนและกิจกรรม</u>เพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กร ให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุ ขที่มีคุณภาพ</p> <p>ระดับ 5 หน่วยงานมีการกำกับ/ติดตามการดำเนินงานตามแผนและกิจกรรม และมีการจัดทำ สรุปลผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุ ขของหน่วยงาน(Success Story)</p>
--	---

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

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

<p>เกณฑ์การ ประเมินจังหวัด</p>	<p>ระดับ 1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่ง ความสุ ขที่มีคุณภาพ</p> <p>ระดับ 2 มีหนังสือแจ้งประชาสัมพันธ์/ชี้แจงรายละเอียดเข้าทำแบบประเมินความสุ บุคลากร (Happinometer)และการประเมินสุขภาวะองค์กร(HPI) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH ให้ หน่วยงานในสังกัดดำเนินการ</p> <p>ระดับ 3 มีบุคลากรเข้าทำแบบประเมินความสุ บุคลากร (Happinometer)และการประเมิน สุขภาวะองค์กร(HPI) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH มากกว่าร้อยละ 70</p> <p>ระดับ 4 มีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด</p> <p>ระดับ 5 มีการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุ ขที่มีคุณภาพ</p>
------------------------------------	--

เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	ระดับ 1	ระดับ 1-2
5 เดือน	-	-	-	ระดับ 1	ระดับ 1-2
6 เดือน	-	-	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3
9 เดือน	-	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4
10 เดือน	-	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4
12 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 และ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 และ 10 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-5 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนนทุกรอบการประเมิน ดังนี้ รอบ 3 และ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-2 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 และ 10 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ระดับ 1-5 ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อนายบรรจง วงศ์คงดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 2113 E-mail: prrayonghealth@gmail.com				



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 :

ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_88 (PA_H_11 & PA_S_07) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิด เปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค เน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส และเป็นเครื่องมือภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ตามพันธะสัญญาการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประเด็นที่ 8 ธรรมาภิบาล โปร่งใส บริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม</p> <p>สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (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 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค</p> <p>2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>3. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตราการการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p>								
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 								
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" data-bbox="400 1346 1398 1570"> <thead> <tr> <th>ไตรมาสที่ 1</th> <th>ไตรมาสที่ 2</th> <th>ไตรมาสที่ 3</th> <th>ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92						
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 92 (ใน 1 ปี)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (18 หน่วยงาน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$								

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาสที่ 4													
เกณฑ์การประเมิน :														
ปี 2561:														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	85											
ปี 2562:														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	85											
ปี 2563:														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	85											
ปี 2564:														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	85											
ปี 2565:														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	85											
วิธีการประเมินผล	<p>หน่วยงานจำนวน 18 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส 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)</p> <p>Small Success : ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-5)</p> <p>ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="518 1780 1316 1937"> <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>				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 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)										

ระดับขั้นของความสำเเร็จ (Milestone) ดังนี้

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)

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-23)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 82

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-23)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 87

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	87	92

	<p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-23) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 92 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="520 506 1315 562"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5								
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="456 792 1378 1240"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td> <td>ร้อยละ</td> <td>83.33</td> <td>66.67</td> <td>22.22</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	83.33	66.67	22.22
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2562	2563	2564										
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	83.33	66.67	22.22										
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน สสจ.ระยอง	<p>นายชยพล คุปติชฎานนท์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 0814115452 E-mail : chayapol_2512@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>													

แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการที่	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_89 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายในและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน											
	<p>หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง หมายความว่า หน่วยราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จำนวน 18 แห่ง ได้แก่ สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	-	75	80	85
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
-	75	80	85									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 18 แห่ง ดังนี้ 1. โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง 2. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง 3. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการรายงานผลการตรวจสอบภายใน จากผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงาน หรือ รายงานผลการตรวจสอบในระบบ EIA 2. เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานแสดงการสื่อสารระหว่างผู้ตรวจสอบภายในและหน่วยรับตรวจ เอกสารประกอบการตรวจสอบ กระดาษทำการตรวจสอบ รายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น											
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 18 แห่ง											

รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองทั้งหมด 18 แห่ง			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 - 4 ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	จัดเตรียมเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมิน ผลการตรวจสอบภายใน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงาน โดยใช้เครื่องมือของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง	25	50	75
วิธีการประเมินผล :	หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ระดับที่ 1 - 5 ดังนี้			
	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	
	1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน	
	2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปก. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปก. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปก. 5) ทุกระดับ	เท่ากับ 1 คะแนน	

		4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค. 6) โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง		
	3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน	
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดรวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน	
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน	
	หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20			
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติ ที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <p>2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม</p> <p>2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79</p> <p>2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p> <p>2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2562 2563 2564

		ร้อยละของหน่วยงาน สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ระยอง ผ่านเกณฑ์การ ตรวจสอบและ ประเมินผลระบบการ ควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้รับผิดชอบ รายงานผลการ ดำเนินงาน สสจ. ระยอง	นายชยพล คุณติชฎานนท์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 0814115452 E-mail : chayapol_2512@hotmail.com สถานที่ทำงานกลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง						

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ตัวชี้วัด	MOU_90 ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) ผ่านเกณฑ์				
คำนิยาม	แผนเงินบำรุง หมายถึง ข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ ทั้งที่เกี่ยวกับรายการรายได้และค่าใช้จ่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ว่า ณ ปัจจุบันผลการดำเนินงานของหน่วยบริการมีเงินสดคงเหลือจำนวนเท่าใด รายได้ปัจจุบันและที่คาดว่าจะได้รับเท่าใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ณ ปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่ มาเปรียบเทียบกัน เพื่อวางแผนการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ ไม่เสี่ยงต่อการขาดสภาพคล่องของหน่วยบริการ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง จำนวน 17 แห่ง				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง จำนวน 17 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบสอบถาม กระจายทำการการกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง				
แหล่งข้อมูล	1.แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ คลังยา ค่าสาธารณูปโภคฯ แผนอัตรากำลังคน 2.รายงานสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ 3.แบบสอบถาม กระจายทำการ การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (17 แห่ง)				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง)ผ่านเกณฑ์		N/A	N/A	N/A
ระยะเวลา	6 เดือน				
ประเมินผล	12 เดือน				
วิธีการประเมิน	แบบสอบถาม กระจายทำการ การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน				6 เดือน				9 เดือน				12 เดือน			
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																
คะแนน	1 คะแนน			2 คะแนน			3 คะแนน			4 คะแนน			5 คะแนน			
3 เดือน																
6 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%			
9 เดือน																
12 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%			
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (17 แห่ง) A/B x 100																
คะแนน	1 คะแนน			2 คะแนน			3 คะแนน			4 คะแนน			5 คะแนน			
3 เดือน																
6 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%			
9 เดือน																
12 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%			
เกณฑ์การประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้															
ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	คะแนน	1 คะแนน			2 คะแนน			3 คะแนน			4 คะแนน			5 คะแนน		
	6 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%		
	12 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%		
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้															
	คะแนน	1 คะแนน			2 คะแนน			3 คะแนน			4 คะแนน			5 คะแนน		
	6 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%		
	12 เดือน	≥50%			≥60%			≥70%			≥80%			≥90%		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.นายชยพล คุปติชฎานนท์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.นายเพชรชรินทร์ ศรีชาติ ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงินและบัญชี 3.นางสาวณภัทร ทองเกิดหลวง ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชี งานการเงินและบัญชีกลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์ 038 – 613430 ต่อ 2108															

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ		
โครงการ	33. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส		
ตัวชี้วัด	MOU_91 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		
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	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)		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$A/B \times 100$		
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	1.ขออนุมัติสั่งซื้อ สั่งจ้าง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ และผู้มีอำนาจลงนาม 2. บันทึกรายชื่อผู้รับเอกสารเสนอราคา และ	1.ประกาศรายชื่อผู้ชนะที่เสนอราคา ในระบบ e-GP ตาม พรบ.ฯ 2560 มาตรา 66 2. ร่างสัญญา ตรวจสอบสัญญา 3. ลงนามสัญญา

<p>กำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วงเงินจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่ทำข้อตกลงเป็นหนังสือ และวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างในการแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ</p> <p>2. แต่งตั้งคณะกรรมการซื้อหรือจ้าง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ข้อ 25 -26</p> <p>3. กำหนดราคากลางตาม พรบ.ฯ 2560 มาตรา 4(1)-(6) แล้วแต่กรณี</p> <p>4. กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะทำการจัดซื้อจัดจ้าง ตาม พรบ. 2560 มาตรา 9</p> <p>5. จัดทำประกาศ กำหนด วันเวลา ทั้ง 3 ช่องทาง</p>	<p>บันทึกรายชื่อผ่านการพิจารณา ในระบบ e-GP</p> <p>3.ดำเนินการขั้นตอนตามระบบการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP ถึงขั้นตอนการพิจารณาผลผู้ชนะ</p>	
---	--	--

รอบที่ 2 (ไตรมาส 3-4)

๕๐ %	100 %
<p>1. ตรวจสอบหลักประกันสัญญา</p> <p>2. ข้อมูล สำคัญในสัญญา หัวหน้าส่วนราชการ ลงนามสัญญาและขออนุมัติสั่งซื้อ สั่งจ้าง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้มีอำนาจลงนาม</p>	<p>1. การบริหารสัญญาและการตรวจรับพัสดุ ตาม พรบ.ฯ 2560 หมวด 10 มาตรา 100 ถึง มาตรา 105</p> <p>2. ก่อหนี้สินผูกพันโดยผ่านระบบ GFMS (กรณีเป็นเงินงบประมาณหรือเงินอื่นที่ผ่านคลังฯ)</p> <p>3. การบริหารพัสดุ ตาม พรบ.ฯ 2560 หมวด 13 มาตรา 112 ถึง มาตรา 113</p>

หมายเหตุ การจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีจะต้องดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของกระทรวงการคลัง (e-GP) ข้อยกเว้น หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0405.4/ ว. 322 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2560 เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ(e-Gp)

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

ร้อยละของคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนกำกับของระดับเขตฯ อย่างมีประสิทธิภาพ

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%

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมินระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (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 อย่างมีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมินระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (17 แห่ง)ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ	คณะกรรมการ รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. จังหวัดระยอง				
ผู้รับผิดชอบจังหวัด	คณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายชยพล คุปติชญาณนท์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์ 0814115452 Email :				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายชยพล คุปติชญาณนท์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์ 0814115452 Email : chayapol_2512@hotmail.com				

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_92 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (โดยผ่านระดับ 5/ ร้อยละ 100)
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564 - 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง(OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครอบคลุม 18 ข้อ 5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์กร 6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3,6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบออนไลน์ http://pmqa.moph.go.th/2565/frontend/web/ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

	7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง				
เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการ PMQA ทุกหมวด (หมวด 1-7) และผ่านเกณฑ์ PMQA ตามที่ กพร.สป. กำหนด ระดับ 5 ร้อยละ 100				
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (เป็นหน่วยบริการที่รับการประเมิน)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบฟอร์มที่ กพร.สป.กำหนด และจากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (8 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	100 (8 แห่ง)	100 (8 แห่ง)	100 (8 แห่ง)

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 : Small success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 5 ร้อยละ 100	ระดับ 5 ร้อยละ 100	ระดับ 5 ร้อยละ 100	ระดับ 5 ร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p> <p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ (แบบฟอร์ม 3) หมวดละ 1 แผน ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p>	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565</p> <p>2. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565</p>	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565</p> <p>2. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565</p>	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</p> <p>2. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</p> <p>3. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้</p> <p>3.1 แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ</p> <p>3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</p> <p>3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</p> <p>3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</p> <p>1. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ</p>

<p>4. ส่วนราชการกำหนด ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์ การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ (แบบฟอร์ม 4) และ จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p>			<p>บริหารจัดการภาครัฐผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ผ่านระดับ 5/ร้อยละ 100)</p>
--	--	--	---

หมายเหตุ : ส่งรายงานให้ กพร.สป. ผ่าน Website กพร.สป. ตามกำหนดทาง

<http://pmqa.moph.go.th/2565/frontend/web/>

<p>วิธีการ ประเมินผล :</p>	<p>ระดับ คะแนน</p>	<p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p>															
	<p>1</p>	<p>ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่ง ภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p> <table border="1" data-bbox="598 929 1356 1064"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>0.40 คะแนน</td> <td>0.60 คะแนน</td> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน												
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม													
<p>2</p>	<p>ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p> <table border="1" data-bbox="662 1243 1316 1377"> <thead> <tr> <th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด 1-6</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด								
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.80 คะแนน	1 คะแนน															
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด															
<p>3</p>	<p>■ ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำ แผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม 3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565</p> <table border="1" data-bbox="670 1534 1308 1668"> <thead> <tr> <th rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด 1-6</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายใน 11 มกราคม 2565</p> <table border="1" data-bbox="670 1758 1308 1892"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)</td> <td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td> <td>ครบ (18 ข้อ)</td> </tr> </tbody> </table>	แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด	หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)
แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.80 คะแนน	1 คะแนน															
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด															
หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.80 คะแนน	1 คะแนน															
ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)															

	4	<p>หน่วยงานรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กร และ รายงานผลลัพธ์ ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 , 9 และ 12 เดือน ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p style="padding-left: 40px;">รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565</p> <p style="padding-left: 40px;">รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565</p> <p style="padding-left: 40px;">รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</p>																	
	5	<p>ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Best Practices</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.80 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ</td> <td>ไม่ครบ (4หัวข้อ)</td> <td>ครบ (4หัวข้อ)</td> </tr> <tr> <td>2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</p>	Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ	ไม่ครบ (4หัวข้อ)	ครบ (4หัวข้อ)	2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น			3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ			4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป		
Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน																		
	0.80 คะแนน	1 คะแนน																	
1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ	ไม่ครบ (4หัวข้อ)	ครบ (4หัวข้อ)																	
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น																			
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ																			
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป																			

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	คะแนนที่ได้ จากความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลาในการรายงานตาม เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 : Small success และคิดคะแนนตามวิธีการประเมินผล โดยรอบ 3 เดือน (ไตรมาส 1 ใช้แบบฟอร์มที่ กพร.สป.กำหนด) รอบ 6 เดือน 9 เดือนและ12 เดือน (ไตรมาส 2-3-4 ใช้แบบรายงาน กพร.สป.กำหนด) การแปลผลภาพรวม 1 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน				
6 เดือน					
9 เดือน					
12เดือน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม จังหวัด : วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ ที่คะแนนระดับ 5

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



9 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
12เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
หมายเหตุ : การแปลผลภาพรวม 1 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน					
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	การประเมินผล แบ่งเป็น 4 ไตรมาส โดยแต่ละไตรมาสกำหนดผ่านเกณฑ์ที่คะแนนระดับ 5 ไตรมาส 1 ดูจากความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลาในการรายงานตาม Small success ไตรมาส 2-3-4 ดูจากความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลาในการรายงานตาม Small success				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละ 100 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์ PMQA ที่คะแนนระดับ 5 ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/				
ผู้รับผิดชอบการแสดงผลใน Health KPI ส่วนกลาง	หน่วยงานส่วนกลาง: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข น.ส.อังคณาณ์ หัวเมืองวิเชียร ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277 โทรสาร : 02-5901406 E-mail : lkung1038@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจังหวัดระยอง	นางสุภาวดี โกมลกาญจนกุล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 0 3861 3430 ต่อ 4202 E-mail: qarayong21@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แผนงานที่	12. การพัฒนาองค์กรคุณภาพ
โครงการ	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_93 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองผ่านการรับรองHA ชั้น3 หรือได้รับการ reaccreditation (PA_S_13)
คำนิยาม	<p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน <p>1.การผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital accreditation) หมายถึง การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจาก สถาบันรับรองคุณภาพ องค์การมหาชน (สรพ.)</p> <p>2. reaccreditation หมายถึง กระบวนการเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านมาตรฐานการรับรองซ้ำจาก สถาบันรับรองคุณภาพ องค์การมหาชน (สรพ.) เมื่อครบอายุการประเมิน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานคุณภาพ HA ระดับ5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดระยอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใบประกาศรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เอกสารผลการดำเนินงาน ตามระดับที่ 1-5
แหล่งข้อมูล	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th

	เอกสาร ใบประกาศรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด (3 แห่ง)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 + Reaccredit			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด (6 แห่ง)			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$			
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน	
			2561	2562
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน			
วิธีการประเมิน	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 และอยู่ใน ระหว่างการยื่นเอกสารขอ Reaccredit ข้ำตามเกณฑ์ ระดับที่ 5 = โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนามาตรฐาน HAชั้น 3 และผ่านเกณฑ์การ ประเมินข้ำตามเกณฑ์			
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน	10 เดือน		
	ระดับที่ 1 = โรงพยาบาลมีแผนการประชุม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาระบบ HA ระดับที่ 2 = โรงพยาบาลผ่านการรับรอง การพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 2 ระดับที่ 3 = โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการ ขอรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 3	ระดับที่ 1 = โรงพยาบาลมีแผนการประชุม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาระบบ HA ระดับที่ 2 = โรงพยาบาลผ่านการรับรอง การพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 2 ระดับที่ 3 = โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการ ขอรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 3		

	<p>ระดับที่ 4 = โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA ชั้น 3 หรือ Reaccredit HA ชั้น 3 และอยู่ในระหว่างการยื่นเอกสารขอ Reaccredit ซ้ำตามเกณฑ์</p> <p>ระดับที่ 5 = โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 3 และผ่านเกณฑ์การประเมินซ้ำตามเกณฑ์</p>	<p>ระดับที่ 4 = โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA ชั้น 3 หรือ Reaccredit HA ชั้น 3 และอยู่ในระหว่างการยื่นเอกสารขอ Reaccredit ซ้ำตามเกณฑ์</p> <p>ระดับที่ 5 = โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 3 และผ่านเกณฑ์การประเมินซ้ำตามเกณฑ์</p>																																				
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</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>5 เดือน</td> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 1-2</td> <td>ระดับ 1-3</td> <td>ระดับ 1-4</td> <td>ระดับ 1-5</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 1-2</td> <td>ระดับ 1-3</td> <td>ระดับ 1-4</td> <td>ระดับ 1-5</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 1-2</td> <td>ระดับ 1-3</td> <td>ระดับ 1-4</td> <td>ระดับ 1-5</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 1-2</td> <td>ระดับ 1-3</td> <td>ระดับ 1-4</td> <td>ระดับ 1-5</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 1-2</td> <td>ระดับ 1-3</td> <td>ระดับ 1-4</td> <td>ระดับ 1-5</td> </tr> </tbody> </table>			คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	5 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5	6 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5	9 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
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																	
5 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5																																	
6 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5																																	
9 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																																	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน</p> <p>ถูกรอบการประเมิน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน มีการดำเนินงานที่ระดับ 1-5</p>																																					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ถูกรอบการประเมิน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน ดังนี้</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลที่มี ระดับความสำเร็จระดับ 5 จำนวน 9 แห่ง (5 คะแนน)</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>5 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>5 แห่ง</td> <td>6 แห่ง</td> <td>7 แห่ง</td> <td>8 แห่ง</td> <td>9 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	5 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง	6 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง	9 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
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																	
5 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง																																	
6 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง																																	
9 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																																	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางสาวอุทัย สั้งซี่ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน พัฒนาคูณภาพและรูปแบบบริการ</p> <p>โทรศัพท์ 038-613430 มือถือ 080-4733981</p> <p>E-mail qarayong@yahoo.com</p>																																					

แผนงานที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	34. โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) จังหวัดระยอง ปี 2565
ตัวชี้วัด	MOU_94 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว
คำนิยาม	<p>1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.)และ หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU/NPCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาครัฐมีส่วนร่วม 4) บุคลากรดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาวดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00-69.99 เท่ากับ 3 ดาว</p> <p>ร้อยละ 70.00-79.99 เท่ากับ 4 ดาว</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100 (สะสม)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง (ไม่รวม รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ในปี 2562)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ.สต. ทุกแห่ง (ไม่รวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ในปี 2562)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ

แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านระดับ 5 ดาวในปี 2560และปี2561+รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตามระดับ 5 ดาว ในปี2565					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2565					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2561	2562	2563	2564
	95 แห่ง	ร้อยละ	ร้อยละ 22	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาสที่ 3-4					
วิธีการประเมิน	รพ.สต. ประเมินตนเอง และ/หรือ ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัด					
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจเยี่ยม รพ.สต. ติดตาม ระดับอำเภอ และคำสั่งทีมพี่เลี้ยงที่เป็นปัจจุบัน 2.รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในWebsideระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ 3.รพ.สต. มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตามผ่านระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100			1.รพ.สต. มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ตั้งแต่ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 80 – 85 2.รพ.สต. มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ตั้งแต่ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 86 – 90 3.รพ.สต. มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ตั้งแต่ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 91 – 100		
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	6 เดือน	-	-	ข้อ1	ข้อ1-2	ข้อ1-3
	12 เดือน	-	-	ข้อ1	ข้อ 2	ข้อ3
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด	รอบ 6 เดือน ผ่านระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 รอบ 12 เดือน ผ่านระดับ 5 ดาว ร้อยละ 90					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ รพ.สต.ติดตามระดับ 5 ร้อยละ 90					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวอังคณิสร์ ชมเชย			ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ					
	โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202			มือถือ 099-2529199		
	E-mail qarayong@yahoo.com					

แผนงานที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติ
โครงการ	35. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัด	MOU_95 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) <ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) <ol style="list-style-type: none"> 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับ เลขบัตรประชาชน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0

	<p>4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง</p> <p>4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate</p> <p>4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11</p> <p>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</p> <p>5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)</p> <p>ตามเกณฑ์คุณภาพ 3 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) <p>ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข										
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 3. Health data center : HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดใน CUP										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	85.26	91.59	95.95	
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ประเมินคุณภาพข้อมูลที่บ้านที่กตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/ราย CUP - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใน CUP ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 60	-	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	-	ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 55	55	60	65	≥70	
6 เดือน	< 55	55	60	65	≥70	
9 เดือน	< 55	60	65	70	≥75	
12 เดือน	< 60	65	70	75	≥80	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมหัวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 55	55	60	65	≥70	
6 เดือน	< 55	55	60	65	≥70	
9 เดือน	< 55	60	65	70	≥75	
12 เดือน	< 60	65	70	75	≥80	

เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	1. ประเมินจาก HDC - ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล >> PERSON ข้อ 2, 6, 7, 8 - ข้อมูลการส่งไฟล์ 43 แฟ้มรายวัน คุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใน CUP ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายจตุรงค์ มีสบาย, นายสมภพ บุญเจริญ โทรศัพท์ 038-967-415 ต่อ 2105 มือถือ 081-9450608, 081-2942990

แผนงานที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ											
โครงการที่	35. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_96 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน											
คำนิยาม	<p>ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพเฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) และพร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล และเพื่อประโยชน์แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย</p> <p>การให้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูลตามชุดข้อมูลที่กำหนด ระหว่างกันได้สำเร็จผ่าน HIS Gateway และจังหวัดมีมาตรการในการกำกับดูแลด้านธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ</p> <p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	-	-	ร้อยละ 60	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
-	-	ร้อยละ 60	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้อย่างไร้รอยต่อ 2. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก รวดเร็ว 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จะถูกบันทึกข้อมูลความสำเร็จในเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย(Server)											
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ภายในจังหวัด ที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ทั้งหมดภายในจังหวัด				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละของจังหวัด = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 5 เดือน 9 เดือน และ 11 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ระดับของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการ HIS Gateway ปีงบประมาณ 2565					
<ul style="list-style-type: none"> เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน 					
รอบ/ คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน และ 9 เดือน	-	มีเครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ ข่าย (Server)สำหรับ ติดตั้ง HIS Gateway	มีระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต รองรับ HIS Gateway	ได้รับการอบรม จากหน่วยงาน ส่วนกลางหรือ ศึกษาจากเอกสาร การอบรม	ติดตั้ง HIS Gateway เชื่อมโยงกับระบบ HISของ โรงพยาบาล
11 เดือน	มีเครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ ข่าย (Server)สำหรับ ติดตั้ง HIS Gateway	มีระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต รองรับ HIS Gateway	ได้รับการอบรม จากหน่วยงาน ส่วนกลางหรือ ศึกษาจากเอกสาร การอบรม	ติดตั้ง HIS Gateway เชื่อมโยงกับระบบ HISของ โรงพยาบาล	มีผลการรับ-ส่ง ข้อมูลผ่าน HIS Gateway แสดงที่ หน้าเว็บส่วนกลาง
<ul style="list-style-type: none"> เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด 					
เกณฑ์/รอบ	5 เดือน	9 เดือน	11 เดือน		
ระดับของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการ HIS Gateway ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60		
วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินตนเองของโรงพยาบาล 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตรวจสอบ Log Server ที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการติดตั้งและทดสอบ HIS Gateway http://hisgateway.moph.go.th/				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด (ระดับจังหวัด)	นายสมภพ บุญเจริญ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038967415 ต่อ 2105 โทรศัพท์มือถือ : 0812942990 โทรสาร : E-mail : zompop@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวณัฐกุล ชูสิทธิ์	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416-418 โทรศัพท์มือถือ : 0830677279 โทรสาร : E-mail : standard@moph.mail.go.th สถานที่ทำงาน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.		

hisgateway.moph.go.th/monitor

เวอร์ชันล่าสุด 2.0.6 อัปเดต ณ วันที่ 17/12/2021

vmw His Gateway BROKER OFFLINE Log In

โรงพยาบาลศูนย์
 โรงพยาบาลทั่วไป
 โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล
ติดตั้งแล้ว 0 โรงพยาบาล คิดเป็น 0.00 %
ส่งข้อมูล ณ วันที่ปัจจุบัน 0 โรงพยาบาล คิดเป็น 0.00 %

#	รหัสพ.	ชื่อรพ.	สถานะติดตั้ง	สถานะส่งข้อมูล
1	10663	โรงพยาบาลระยอง	สถานะติดตั้ง ไม่มี หมายถึงไม่ได้ติดตั้ง Service HIS-GATEWAY	สถานะส่งข้อมูล ไม่มี หมายถึงไม่มีการส่งข้อมูลจากโรงพยาบาล
2	10827	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชพฤกษ์ สยามบรมราชกุมารี ระยอง	สถานะติดตั้ง ONLINE หมายถึงติดตั้งแล้วและเปิด Service HIS-GATEWAY	สถานะส่งข้อมูล SENDING หมายถึงมีการส่งข้อมูลจากโรงพยาบาล ณ วันที่ปัจจุบัน
3	10828	โรงพยาบาลบ้านฉาง	สถานะติดตั้ง OFFLINE หมายถึงติดตั้งแล้วแต่ปิด Service HIS-GATEWAY	สถานะส่งข้อมูล UNSEND หมายถึงเคยมีการส่งข้อมูลแต่ไม่มีข้อมูล ณ วันที่ปัจจุบัน
4	10829	โรงพยาบาลแกลง	-	-
5	10830	โรงพยาบาลวังจันทร์	-	-
6	10831	โรงพยาบาลบ้านค่าย	-	-
7	10832	โรงพยาบาลปลวกแดง	-	-
8	22734	โรงพยาบาลเขาชะเมา เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	-	-
9	23962	โรงพยาบาลนิคมพัฒนา	-	-

แผนงานที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	38. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ จังหวัดระยอง
ตัวชี้วัด	MOU_97 (PA_H_12) ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 - 7
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio :CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) =(สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยหนี้สินหมุนเวียน 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <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 และค่าตัดหน่วย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว 4 มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤติทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้</p>

	<p>ระดับ 0-1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปีงบประมาณ 2565 มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 1115 703 1223">มาตรการขับเคลื่อน</th> <th data-bbox="703 1115 1043 1223">แนวทางการดำเนินงาน</th> <th data-bbox="1043 1115 1444 1223">เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 1223 703 1798"> มาตรการที่ 1: พัฒนาระบบบัญชี (Accounting) </td> <td data-bbox="703 1223 1043 1798"> 1.1 เกณฑ์การประเมินความถูกต้องของการบันทึกบัญชีตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ประกอบไปด้วยความครบถ้วนทันเวลา(ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป) ถูกต้องตามหลักบัญชีและปรับปรุงตามนโยบายบัญชี </td> <td data-bbox="1043 1223 1444 1798"> เป้าหมายของมาตรการที่ 1 1.1 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร) * เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง </td> </tr> <tr> <td data-bbox="408 1798 703 1953"> มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) </td> <td data-bbox="703 1798 1043 1953"> 2.1 ประเมินจากแผน Planfin มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย </td> <td data-bbox="1043 1798 1444 1953"> เป้าหมายของมาตรการที่ 2 2.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ทุกประเภทมากกว่าค่าใช้จ่าย </td> </tr> </tbody> </table>	มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มาตรการที่ 1: พัฒนาระบบบัญชี (Accounting)	1.1 เกณฑ์การประเมินความถูกต้องของการบันทึกบัญชีตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ประกอบไปด้วยความครบถ้วนทันเวลา(ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป) ถูกต้องตามหลักบัญชีและปรับปรุงตามนโยบายบัญชี	เป้าหมายของมาตรการที่ 1 1.1 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร) * เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง	มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)	2.1 ประเมินจากแผน Planfin มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	เป้าหมายของมาตรการที่ 2 2.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ทุกประเภทมากกว่าค่าใช้จ่าย
มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย								
มาตรการที่ 1: พัฒนาระบบบัญชี (Accounting)	1.1 เกณฑ์การประเมินความถูกต้องของการบันทึกบัญชีตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ประกอบไปด้วยความครบถ้วนทันเวลา(ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป) ถูกต้องตามหลักบัญชีและปรับปรุงตามนโยบายบัญชี	เป้าหมายของมาตรการที่ 1 1.1 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร) * เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง								
มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)	2.1 ประเมินจากแผน Planfin มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย	เป้าหมายของมาตรการที่ 2 2.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ทุกประเภทมากกว่าค่าใช้จ่าย								

	<p>มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่บุคลากร</p>	<p>การบริหารค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ</p> <p>2.2 ประเมินจาก EBITDA เป็นบวก ลงทุนไม่เกิน 20% ของ (EBITDA)</p> <p>สัดส่วน NWC คงเหลือหลังหักการลงทุน/ต่อรายจ่ายต่อเดือน</p> <p>3.1 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - นักบัญชีมืออาชีพ / กลยุทธ์การวิเคราะห์งบการเงินแบบมืออาชีพ / ข้อควรระวังในการจัดทำบัญชี <p>3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้บริหาร / เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ / การเสริมสร้างบทบาทและความเป็นมืออาชีพด้านการบริหารการเงิน การบัญชีสำหรับองค์กร / การบริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทางการเงินหน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภาวิชาชีพบัญชีฯ มหาวิทยาลัย 	<p>(NI เป็นบวก)</p> <p>* หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง ร้อยละ 100</p> <p>2.2 หน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงินเป็นแผนแบบที่ไม่มีความเสี่ยง แผนแบบที่ 1, 2, 3</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/หัวหน้างานประกันสุขภาพ / หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย : ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับหน่วยบริการ</p>
	<p>มาตรการที่ 4 :</p>	<p>4.1 สนับสนุนและพัฒนานวัตกรรมการเงินการคลังของ</p>	<p>4.1 หน่วยบริการมีนวัตกรรมการเงินการคลัง</p>

	<p>สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient management)</p> <p>มาตรการ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)</p>	<p>หน่วยบริการในการจัดการด้านประสิทธิภาพ</p> <p>5.1 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)</p>	<p>เป้าหมายของมาตรการที่ 5</p> <p>5.1 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) \geq 10.5 คะแนน (A = ดีมาก, B = ดี)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า</p> <table border="1" data-bbox="1051 748 1422 1167"> <thead> <tr> <th colspan="2">Grade</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>ดีมาก</td> <td>\geq 12 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>ดี</td> <td>\geq 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>พอใช้</td> <td>\geq 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>ต้องปรับปรุง</td> <td>\geq 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>< 7.5 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละ 40</p> <p>5.2 หน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน</p>	Grade		คะแนน	A	ดีมาก	\geq 12 คะแนน	B	ดี	\geq 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน	C	พอใช้	\geq 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน	D	ต้องปรับปรุง	\geq 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน	F	ไม่ผ่าน	< 7.5 คะแนน
Grade		คะแนน																			
A	ดีมาก	\geq 12 คะแนน																			
B	ดี	\geq 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน																			
C	พอใช้	\geq 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน																			
D	ต้องปรับปรุง	\geq 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน																			
F	ไม่ผ่าน	< 7.5 คะแนน																			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่มีหน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤติทางการเงินตั้งแต่ ระดับ 6 - 7																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง																				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากรายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการทุกเดือน ข้อมูลการวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลางทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) รายเดือน 																				
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																			
			2562	2563	2564																	
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน - ระดับ 7 (ร้อยละ 4) - ระดับ 6 (ร้อยละ 6)	ร้อยละ	ร้อยละ 0 ร้อยละ 11.11 (1 แห่ง) คือ รพ.เฉลิม พระเกียรติฯ	ร้อยละ 0 ร้อยละ 11.11 (1 แห่ง) คือ รพ.เฉลิม พระเกียรติฯ	ร้อยละ 0 ร้อยละ 0																	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส โดยใช้ข้อมูลระดับวิกฤติ จากเว็บไซต์ (http://hfo3.cfo.in.th)																					
	รอบการประเมิน		ใช้ข้อมูลระดับวิกฤติ																			
	3 เดือน		เดือน ธันวาคม 2564																			
	5 เดือน		เดือน มกราคม 2565																			
	6 เดือน		เดือน กุมภาพันธ์ 2565																			
	9 เดือน		เดือน พฤษภาคม 2565																			
	10 เดือน		เดือน มิถุนายน 2565																			
	11 เดือน		เดือน กรกฎาคม 2565																			
	12 เดือน		เดือน กันยายน 2565																			
วิธีการประเมิน	- วัด/วิเคราะห์ผลลัพธ์ข้อมูลทางการเงินจากเว็บไซต์ (http://hfo3.cfo.in.th)																					
เกณฑ์การประเมิน	- ประเมินตามรอบการส่งรายงานผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 6																					
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การประเมิน <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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>วิกฤติ 7 ระดับ</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>2-4</td> <td>0 - 1</td> </tr> </tbody> </table>					หัวข้อ	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	วิกฤติ 7 ระดับ	7	6	5	2-4	0 - 1
หัวข้อ	ระดับคะแนน																					
	1	2	3	4	5																	
วิกฤติ 7 ระดับ	7	6	5	2-4	0 - 1																	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ตามระดับวิกฤติทางการเงินจากข้อมูลทางการเงินจากเว็บไซต์ (http://hfo3.cfo.in.th)																					
การสรุปภาพรวมในภาพจังหวัด	หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน - ระดับ 7 ร้อยละ 2																					

	- ระดับ 6 ร้อยละ 4			
	3 เดือน	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
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางมณีนุญา คงทวี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 38971 415-7 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ : 08 1983 9215 โทรสาร : 0 3862 0532 E-mail : mayajan206 b@hotmail.com</p> <p>2. นางนัชชา ถิระธนาโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 3861 3430 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ 08 1781 3243 โทรสาร 0 3862 0532 E-mail : rayonghso@gmail.com</p>			

แผนงานที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																		
โครงการที่	38. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																		
ตัวชี้วัด	MOU_98 หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)																		
คำนิยาม	<p>ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ หมายถึง หน่วยจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ซึ่งทำหน้าที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อันจะส่งผลให้หน่วยบริการมีความมั่นคงทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 S และ 4 C ดังนี้</p> <p>4 S</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โครงสร้าง (Structure) มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนด 2. ระบบงาน (System) มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ 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) มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานต้นเวลาตามที่กำหนด <p>โดยเกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน (รายละเอียดตามแบบประเมินที่ส่วนกลางกำหนด)</p> <table border="1" data-bbox="480 1238 1262 1563"> <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		ผลการดำเนินงาน		
	หน่วยวัด	2562	2563	2564	
	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (100%)	ร้อยละ	-	-	0
ระยะเวลาประเมินผล	รอบการประเมิน	เดือน			
	3 เดือน	ธันวาคม 2564			
	5 เดือน	มกราคม 2565			
	6 เดือน	กุมภาพันธ์ 2565			
	9 เดือน	พฤษภาคม 2565			
	10 เดือน	มิถุนายน 2565			
	11 เดือน	กรกฎาคม 2565			
	12 เดือน	กันยายน 2565			
วิธีการประเมิน	วัดผลลัพธ์จากแบบประเมิน				
เกณฑ์การประเมิน	รายไตรมาส				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับการประเมิน (GRADE)	ระดับคะแนน			
		F	D	C	B
		1	2	3	4
					A
					5
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ระดับ (GRADE) การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ				
การสรุปภาพรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)				
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางมณัญญา คงทวี ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 38971 415-7 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ :08 1983 9215 โทรสาร : 0 3862 0532 E-mail :mayajan206 b@hotmail.com</p> <p>2. นางนัชชา ธีระธนาโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 3861 3430 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ 08 1781 3243 โทรสาร 0 3862 0532 E-mail : rayonghso@gmail.com</p>				

แผนงานที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ												
โครงการ	38. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง												
ตัวชี้วัด	MOU_99 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบัญชีระดับ B												
คำนิยาม	คุณภาพบัญชี หมายถึง การตรวจสอบระบบบัญชี ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยผู้ตรวจสอบระบบบัญชี การตรวจจะเป็นการตรวจวิธีบันทึกบัญชี ตามมาตรฐานบัญชีกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการประเมินความเสี่ยงและการควบคุม เข้าไว้ในการทำงานของระบบบัญชีด้วย เพื่อให้บริการเงินที่นำเสนอสะท้อนความถูกต้องของข้อมูลให้ครบถ้วน												
เกณฑ์เป้าหมาย	จังหวัดมีระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี ไม่น้อยกว่าระดับ 4 (ระดับ B)												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสาธารณสุขจังหวัดระยอง (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตจังหวัดระยองทุกแห่ง												
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของจังหวัดและโรงพยาบาลสังกัดสาธารณสุขจังหวัดระยอง (รพศ./รพท./รพช.) ทุกแห่ง โดยรอบ 1 Self Assessment และรอบ 2 การประเมิน												
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช. ในเขตจังหวัดระยองทุกแห่ง												
รายการข้อมูล	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบบัญชีของจังหวัด ไม่น้อยกว่าระดับ 4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ ความสำเร็จ</th> <th>เกณฑ์การพิจารณา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับการเงินหรือการบัญชีระดับจังหวัด และมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส และมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยร้อยละของระดับ B⁺ : B เป็น 70 : 30</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยร้อยละของระดับ B⁺ : B เป็น 80 : 20</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์การพิจารณา	1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับการเงินหรือการบัญชีระดับจังหวัด และมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส และมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	2	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	3	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยร้อยละของระดับ B ⁺ : B เป็น 70 : 30	4	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยร้อยละของระดับ B ⁺ : B เป็น 80 : 20	5	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100
ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์การพิจารณา												
1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับการเงินหรือการบัญชีระดับจังหวัด และมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส และมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านบัญชีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี												
2	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60												
3	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยร้อยละของระดับ B ⁺ : B เป็น 70 : 30												
4	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B และ/หรือ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยร้อยละของระดับ B ⁺ : B เป็น 80 : 20												
5	ผ่านระดับความสำเร็จ 1 และมีผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ B ⁺ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100												

วิธีการประมวลผล	ผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชี จำแนกระดับคะแนน ดังนี้ ระดับ A+ (ระบบการเงินและบัญชี คุณภาพสูง) 90 – 100 คะแนน ระดับ A (ระบบการเงินและบัญชี คุณภาพดี) 80 – 89 คะแนน ระดับ B (ระบบการเงินและบัญชี คุณภาพปานกลาง) 70 – 79 คะแนน ระดับ C (ระบบการเงินและบัญชี ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา) น้อยกว่า 70คะแนน				
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	11 เดือน	12 เดือน
	ระดับ 1 การแต่งตั้ง คณะกรรมการ เกี่ยวกับการเงินหรือ การบัญชีระดับจังหวัด และมีการประชุม ร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส และมี การพัฒนาศักยภาพ ของเจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานด้านบัญชี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	ระดับ ๒ ผ่านระดับ ความสำเร็จ 1 และมีผลการ ประเมิน คุณภาพระบบ บัญชีของหน่วย บริการผ่าน เกณฑ์ประเมิน ระดับ B และ/ หรือ B ⁺ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 60	ระดับ 3 ผ่านระดับ ความสำเร็จ 1 และมีผลการ ประเมินคุณภาพ ระบบบัญชีของ หน่วยบริการผ่าน เกณฑ์ประเมิน ระดับ B และ/ หรือ B ⁺ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 70 โดยร้อยละของ ระดับ B ⁺ : B เป็น 70 : 30	ระดับ 4 ผ่านระดับ ความสำเร็จ 1 และมีผลการ ประเมินคุณภาพ ระบบบัญชีของ หน่วยบริการผ่าน เกณฑ์ประเมิน ระดับ B และ/ หรือ B ⁺ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 โดยร้อยละของ ระดับ B ⁺ : B เป็น 80 : 20	ระดับ 5 ผ่านระดับ ความสำเร็จ 1 และมีผลการ ประเมิน คุณภาพระบบ บัญชีของ หน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับ B ⁺ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	0	0	0	0	ระดับ 1
6 เดือน	0	0	0	ระดับ 1	ระดับ 2
9 เดือน	0	0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
10 เดือน	0	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
3 เดือน	2 แห่ง	4 แห่ง	6 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
6 เดือน	2 แห่ง	4 แห่ง	6 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
9 เดือน	3 แห่ง	5 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
11 เดือน	4 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
12 เดือน	4 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี ไม่น้อยกว่าระดับ 4 (ระดับ B) 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 ที่ 5 คะแนน 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ที่ 5 คะแนน 9 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ที่ 5 คะแนน 11 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ที่ 5 คะแนน 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	จังหวัดระยองมีหน่วยงานผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระบบบัญชี ไม่น้อยกว่าระดับ 4 (ระดับ B) 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง ที่ 5 คะแนน 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง ที่ 5 คะแนน 9 เดือน ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง ที่ 5 คะแนน 11 เดือน ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง ที่ 5 คะแนน 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง ที่ 5 คะแนน
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ	คณะกรรมการ รพศ./รพท./รพช จังหวัดระยอง
ผู้รับผิดชอบจังหวัด	คณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายชยพล คุปติชญาณนท์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 038 - 613430
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายเพชรชรินทร์ ศรีชาติ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและปฏิบัติงาน 2.นางสาวนันทน์ภัส ยี่มมา ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชี งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์ 038 - 613430

แผนงานที่	14. การพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
โครงการ	38. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
ตัวชี้วัด	MOU_100 (PA_H_13 & PA_S_08) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ					
คำนิยาม	งบประมาณ สป. หมายถึง งบดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองจัดสรรให้โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใช้ในการดำเนินงาน ปี 2565					
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					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	
		ร้อยละ	98.24	94.59	96.49	
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	ร้อยละ 50	ร้อยละ 57	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
	ข้อ 1-2					
	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
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 70	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 70	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 80	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 90	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ทุกรอบการประเมิน : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณผ่านเกณฑ์ทุกรอบการประเมินที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ดร.ปุณิกา ศรีติมงคล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทร 038-967415 ต่อ 2106 E-mail : planrayong21000@gmail.com



วิสัยทัศน์

"เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ
เป็นต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์และ
เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม วิทยาใหม่
ที่บูรณาการทุกภาคส่วน
เพื่อคนระยองสุขภาพดี"

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานใน
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัด	
ชื่อหน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง.....	
วัน/เดือน/ปี: ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕.....	
หัวข้อ:ตัวชี้วัด.(Template).....	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)รายละเอียดตามเอกสารแนบ.....	
Linkภายนอก:	
หมายเหตุ:	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล วรรณิศา ขวัญสุข (นางสาววรรณิศา ขวัญสุข) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานธุรการ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง รจนา เลหาพจนารถ (นางรจนา เลหาพจนารถ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ นนทกานต์ มากพูล (ส.อ.นนทกานต์ มากพูล) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕</p>	