



แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2569 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



Version : 9 ธันวาคม 2568





คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2569 โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2569 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มอบนโยบายการทำงาน โดยกำหนดเป็นประเด็นการพัฒนางานสาธารณสุข ออกเป็น 5 ดี (พลัส) ประกอบด้วย

- (1) ระบบบริการดี
- (2) สุขภาพดี
- (3) เทคโนโลยีดี
- (4) เศรษฐกิจดี
- (5) คนดี
- (6) ดีพลัส (น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ,โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ)

ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา 4+1 Excellence คือ

- (1) PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
- (2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
- (3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
- (4) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
- (5) Health Economic Excellence (เศรษฐกิจสุขภาพ)

นอกจากนั้นภายในเล่มนี้ยังประกอบด้วย Template ตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ 2569 จำนวน 62 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานและรับการประเมินผลงานตามเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด Ranking พร้อมทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการกำกับติดตามและประเมินผล ประจำปีงบประมาณ 2569

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนในการปรับปรุงและแก้ไขแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2569 ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

9 ธันวาคม 2568



สารบัญ

	หน้า
นโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569	1
นโยบาย นพ.สสจ.อุบลราชธานี 5 ดี (พลัส) ปี 2569	3
Time Line การประเมินผลงาน Ranking ปี 2569.....	49
ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2569.....	50
วิสัยทัศน์, พันธกิจ, เป้าประสงค์.....	50
ประเด็นยุทธศาสตร์	50
ค่านิยมองค์กร	50
วัฒนธรรมองค์กร	51
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 - 2570	51
ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2569.....	52
รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2569	59
1) ระบบบริการดี : เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการเชิงพื้นที่ลดความเหลื่อมล้ำ	60
R 1 ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟอกไต.....	61
R 2 ระดับความสำเร็จการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตามนโยบาย SAP.....	63
R 3 ระดับความสำเร็จการพัฒนาตามนโยบาย One Province One Labor room.....	68
R 4 หน่วยบริการ PCU/NPCU ได้รับการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ตาม พรบ.ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	73
R 5 ระดับความสำเร็จการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ของเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ.....	78
R 6 ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐาน HA.....	85
R 7 ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke).....	91
R 8 ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI).....	95



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 9 ระดับความสำเร็จการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่.....	99
R 10 ระดับความสำเร็จการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จ.....	106
R 11 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (เฉพาะระบบสมัครใจ) ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	111
R 12 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สนง.สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาโรงพยาบาล RLU Plus ตามที่กำหนด.....	114
R 13 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรค OVCCA.....	119
R 14 ร้อยละกลุ่มผู้มีความเสี่ยง CCA ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์.....	124
R 15 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและมะเร็งปากมดลูก.....	127
R 16 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก.....	133
R 17 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 ในเด็กอายุ 2 ปี.....	136
R 18 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยา สมุนไพรเพิ่มมากกว่าปีที่ผ่านมา.....	139
R 19 ระดับความสำเร็จของ การบริหารจัดการ ด้านทันตสาธารณสุข.....	143
R 20 ระดับความสำเร็จ การบริการ ด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มวัย.....	146
R 21 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและการส่งเสริม การดำเนินกิจกรรมโรงเรียน ออย.น้อย , โรงเรียน ออย.น้อย พลัส ,ชุมชนรอบรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.	151
R 22 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้อมูลแพ้ยาประวัติการใช้ยา กับโปรแกรมการบริการของ โรงพยาบาล (One Data One Pharmacy Ubon Ratchathani)	162
R 23 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	166
R 24 ระดับความสำเร็จการวางระบบ DCIR และการรายงานที่ถูกต้อง ทันเวลา ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ.....	170



สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2) สุขภาพดี : สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง สุขภาพดีทุกกลุ่มวัย

R 25 ระดับความสำเร็จการป้องกันมารดาตายคลอด (ZERO MMR).....	176
R 26 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย.....	181
R 27 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ.....	185
R 28 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้า...	190
R 29 ระดับความสำเร็จในการตรวจสุขภาพประชาชน การติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย และการควบคุมโรคได้ดีของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง.....	193
R 30 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน DM Remission ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี.....	202
R 31 ร้อยละการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ และสามเณร.....	205
R 32 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	208
R 33 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Health Literacy.....	211
R 34 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารตามแนวทาง จังหวัดอาหารปลอดภัย.....	214
R 35 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (CGHP : COMPLAINT AND ENFORCEMENT MANAGEMENT CENTER)	220
R 36 ระดับความสำเร็จการวางระบบและการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนเครดิต.....	224
R 37 ระดับความสำเร็จ ของอำเภอมีการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่.....	229
R 38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	231
R 39 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ EMS : (Environment, Modernization and Smart Service)	236

3) เทคโนโลยีดี : หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการ ผ่านเทคโนโลยี

R 40 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับทองขึ้นไป	241
R 41 ร้อยละของการส่งภาพ X-Ray เข้าสู่ระบบ Imaging Data Hub ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.....	244
R 42 ร้อยละของการใช้งาน Tele medicine ใน โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี.....	247



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 43 ร้อยละของการทำงาน Tele medicine ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.....	252
R 44 ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการประเมิน Cyber Security (เกณฑ์ปี 2569)	257
R 45 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ยื่นคำขอ รับรองมาตรฐาน HAIT plus Lev.1.....	260
4) เศรษฐกิจดี : เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ	
R 46 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน TP's	265
R 47 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.....	267
R 48 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานราก ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับอนุญาตและสามารถแข่งขันได้.....	279
R 49 ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์ประสานงานสาธารณสุขผู้ป่วยต่างชาติ (ศสต.) / และศูนย์บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติ (ศบต.) ระดับอำเภอ	283
5) คนดี : บุคลากรมีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี	
R 50 ระดับความสำเร็จ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA และ มีกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน อย่างมีประสิทธิภาพ.....	289
R 51 ระดับความสำเร็จหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดการ ระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ	293
R 52 ระดับความสำเร็จหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การประเมินการบริหารสินทรัพย์และการขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ที่มีประสิทธิภาพ.....	298
R 53 ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีกระบวนการ พัฒนา PMQA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ.....	301
R 54 ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการแผนงาน/ โครงการ ของ คปสอ. ปีงบประมาณ 2569.....	304



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 55 ระดับความสำเร็จการบริหารงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569.....	307
R 56 ร้อยละของเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติ ประเมินเลื่อนระดับ(ปฏิบัติการเป็นชำนาญการ) สามารถเลื่อนระดับได้ตาม ระยะเวลาที่กำหนด.....	309
R 57 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อการนำไปใช้	313
R 58 ระดับความสำเร็จการยกระดับ อสม.สู่ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่แต่ละ คปสอ.	318
6) ดี± : น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ	
R 59 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานดูแลสุขภาพ, ติดตามเยี่ยมบ้าน และการบันทึกผลงาน การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์.....	324
R 60 ร้อยละผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ)	327
R 61 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีที่ผ่านมา	331
R 62 สตรีอายุ 30 -70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และตรวจโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ)	335

นโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569

นโยบายสำคัญ แลงด่อที่ประชุมรัฐสภา 29 กันยายน 2568

มาตรา 55

คำแถลงนโยบายของรัฐบาล

รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้าง ให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดำเนินการให้คนไทย ทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มเข้าถึงสิทธิ ระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

บริการสาธารณสุขตามพรรคหนึ่งต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

พัฒนาบริการสาธารณสุข ที่มีคุณภาพ ควบคู่กับ การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแพทย์แผนไทย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ส่งเสริมและพัฒนา การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ คนไทยมีสุขภาพทางกาย และจิตใจที่ดี

ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เน้นนโยบาย ผลักดันสังคมคาร์บอนต่ำ

3

"น้อมนำการพัฒนาทางสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์"



นโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นายพัฒนา พร้อมพัฒน์

- ใช้บัตรประชาชนใบเดียว
- Telemedicine ทุก รพ.สต.
- จ่ายแอมเบร็งครอบคลุมทุกที่
- ฟอกไตฟรีทุกแห่ง

"30 บาท รักษาทุกที่ และฟอกไตฟรี ได้ทุกแห่ง"

1

- รอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง
- ตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง
- รอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ

"รอบรู้ เพื่ออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต"

2

- Super App.
- ปัญญาประดิษฐ์ AI
- ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์
- CRM ติดตามความพึงพอใจ

"หมดไม่ล้ำ ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี"

3

- การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
- การแพทย์แม่นยำ
- ผลิตภัณฑ์ยาเพื่อการบำบัดรักษาขั้นสูง (ATMPs)

"เครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ของประเทศ ด้วยการแพทย์มูลค่าสูง"

4

- เพิ่มค่าตอบแทนตามภาระงาน
- เพิ่มผู้ช่วยบุคลากร
- แก้อาชีพโครงสร้าง/กฎหมาย

"ขวัญกำลังใจบุคลากร"

5

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุข

1 ต.ค. 68

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

นโยบาย รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นายวรโชติ สุคนธ์จิร



1

อสม.

“บุสดี อสม.”

ผู้ช่วยสาธารณสุข
ยกระดับเพื่อสวัสดิการ
ที่ยั่งยืน”

- พัฒนา “อสม.” ผู้ช่วยสาธารณสุข/ ผู้เชี่ยวชาญและผู้สูงวัย
- ผลักดัน ร่าง พ.ร.บ.อสม. 7 ฉบับ
- กองทุน สวัสดิการ อสม. สร้างหลักประกันรายได้-สวัสดิการ
- บริหาร คน-งาน-ข้อมูล ด้วย AI



2

ปราบปราม

“ปราบปราม โปร่งใส

ปลอดภัย

เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ”

- ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์
- อาหาร/ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ฝึกกฎหมาย
- การกระทำผิด กฎหมาย ระเบียบ
- มาตรฐานวิชาชีพ
- โฆษณา-การหลอกลวง



3

แรงงาน

“เร่งรัด ให้แรงงาน

ต่างชาติ/ ต่างด้าว

ซื้อประกันสุขภาพ

ลดภาระประเทศ”

- ให้แรงงานต่างชาติ ซื้อประกันสุขภาพ ลดภาระงบประมาณรัฐ
- ควบคุม ป้องกัน โดยเพิ่มระบบ
- ตรวจสอบสุขภาพ และฐานข้อมูล
- แรงงานต่างชาติ อย่างโปร่งใส



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุข

1 ต.ค. 68



ขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569

นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



1

เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ
เชิงพื้นที่ ลดเหลื่อมล้ำ

- One Region-One Province-One Hospital บริหารทรัพยากรร่วมระหว่าง รพ. ในระดับเขต ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล บริหารกำลังคน
- ยกระดับความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) พัฒนาบริการเฉพาะทาง มีศูนย์ความเป็นเลิศทุกเขตสุขภาพ เพิ่มทางเลือกการเข้ารับบริการ พร้อมคลินิก
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริการปฐมภูมิ ให้ ปชช. ทุกคนมีหมอประจำตัว
- เสริมสร้างความรู้หรือการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เสริมศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารจัดการ บุคลากรหน่วยงาน ลดความทับซ้อน
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ กทม. พัฒนา Mini Clinic Telemedicine เสริมการเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ พัฒนาระบบบริหารจัดการในภาพรวมทั้งระบบ

สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน

น้อมนำการพัฒนาทางสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริฯ/ โครงการเฉลิมพระเกียรติ



2

สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย
คนไทยแข็งแรง

- ส่งมอบความแข็งแรงจาก-ใจ เด็กพัฒนาการสมวัย วัยเรียน วัยรุ่น IQ EQ ดี วัยทำงานพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ มีระบบดูแลภาวะชรา
- ยกระดับการควบคุมป้องกัน NCDs เชิงบูรณาการ เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น สิทธิประโยชน์ภาษี สำหรับผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดี
- การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ลดการปล่อยคาร์บอนในหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนา รพ. เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

5

บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ
และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- บริหารจัดการกำลังคนที่ดี ลดข้อจำกัด ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ แนวปฏิบัติ ผลักดันร่าง พ.ร.บ.กระทรวงสาธารณสุข
- บริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพ เพิ่มการกระจาย สร้างแรงจูงใจ รักษาบุคลากรคุณภาพในพื้นที่
- สร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

เพิ่มขีดความสามารถ นวัตกรรมทาง
การแพทย์และสาธารณสุข ดิจิทัลสุขภาพ
ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

- พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว สร้างคลังข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศ
- พัฒนา Telemedicine นวัตกรรม ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ สนับสนุนการวิจัยและการผลิต ATMPs
- พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)

เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

- เพิ่มมูลค่าบริการสุขภาพ ผลักดันสุขภาพสมุนไพรไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จิตอาสาสุขภาพ สุขภาพ คลินิกแพทย์แผนไทยร่วมสมัย
- นวัตกรรมและพัฒนา Prof. Caregiver และ นวัตกรรม
- ส่งเสริมวิจัยและพัฒนาบริการทางการแพทย์ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

ข้อมูลจาก : การประชุมผู้บริหารระดับสูง สธ. วันที่ 1 ต.ค. 68

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุข

1 ต.ค. 68

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

นโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

1

ด้านการบริการ

พัฒนายกระดับตามกรอบ SAP เช่น

- รพ.สปส. พัฒนาเป็น UNIVERSITY HOSPITAL ของเขต 5 EXCELLENCE เน้น TRASPLANTATION (ร่วมมือเครือข่ายในเขต)
- รพ.ศรีสะเกษ พัฒนาต่อยอดเป็น P+

2

ด้านการเงิน

บริหารการเงินการคลัง อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลด้านต้นทุน วิเคราะห์ ROI , เพิ่มแหล่งรายได้อื่นนอก UC และบริหารเงินภายในเขตสุขภาพ

3

การจัดซื้อจัดจ้าง

ดำเนินการกัตาม TIMELINE (ไม่ช้า, ไม่มีงบบัพ)

4

ประสานความร่วมมือ

ระหว่างรพ.และศูนย์วิชาการ
ทำงานสอดคล้อง ไม่ซ้ำซ้อน, กันเหตุการณ์

นายแพทย์ธิดี แสงธรรม

รศ. ผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10

7

นโยบายการพัฒนาระบบสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

"สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่แข็งแกร่ง"

1.ระบบบริการดี

เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการเชิงพื้นที่
ลดเหลื่อมล้ำ

- 30 บาทรักษาทุกที่
- ฟอโต้ฟรีได้ทุกแห่ง
- One Province One Hospital
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริการปฐมภูมิ
- Service Excellence
- EOC

2.สุขภาพดี

สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง

- สุขภาพทุกกลุ่มวัย
 - กลุ่มแม่และเด็ก (สุขภาพมารดาและการก, พัฒนาการสมวัย IQ ดี)
 - วัยเรียน-วัยรุ่น (EQ ดี, ยาเสพติด, บุหรี่ไฟฟ้า, TO Be No1)
 - วัยทำงาน (พฤติกรรมสุขภาพดี, NCDs)
 - ผู้สูงอายุ (ลดการพึ่งพิง, Long Term Care)
- Health Literacy 3 รู้ก็อยู่รอด
 - รอบรู้ข้อมูลสุขภาพ
 - ตระหนักสุขภาพตนเอง
 - รู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ
- ผลิตสินค้าสุขภาพและอาหารปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี
 - Healthy City
 - Carbon Credit
 - บ่อน้ำบาดาลเสีย/สิ่งปฏิกูล
 - Green&Clean Hospital
 - Environment Modernization and Smart Services



3.เทคโนโลยีดี

หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการ ผ่านเทคโนโลยี

- ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ
- การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ
- Tele Medicine ทุกหน่วยบริการ
- AI ทางการแพทย์และสาธารณสุข
- Cyber Security
- HAIT

5.คนดี

บุคลากรมีขวัญกำลังใจ
และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- ธรรมภิบาล
- HRM , HRD , HRP
- สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม
ความปลอดภัย
- วิจัยและนวัตกรรม
- บุสดี อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข
ยกระดับเพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน

4.เศรษฐกิจดี

เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

- ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการคลัง
- สนับสนุนไทย และการแพทย์ทางเลือก
- หมอเวทย์ไทยมืออาชีพ
- ระบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว



นโยบาย

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2569

1 ระบบบริการดี

ผู้นำเสนอ

นายยศรณ กองมูล

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

30 บาทรักษาทุกที่ ฟอกไตฟรีได้ทุกแห่ง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณีย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.ระบบบริการดี

1 สถานการณ์ปี 68

- ผู้ป่วย HD = 3,966 คน CAPD = 741 คน ปลุกถ่ายไต 229 คน
- ประคับประคอง = 1,318 คน
- ศูนย์ HD 49 แห่ง (53 หน่วย) 718 เครื่อง ใน 20 อำเภอ
- ผ่าน มติ คกก.ไต ระดับเขต : โขงเจียม
- รอตรวจจาก ศรต. : นาดาล
- ไม่มีหน่วยฟอกไต 3 อำเภอ (ดอนมดแดง, สว่างวีระวงศ์, น้ำพูน)

2 มาตรการปี 69

sw./หน่วย HD/
หน่วย CAPD /หน่วย KT ทุกแห่ง

- มีป้ายประชาสัมพันธ์นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ฟอกไตฟรีได้ทุกแห่ง”
- จัดบริการฟอกไตฟรี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
- ให้บริการ 4 ทางเลือก คือ HD, CAPD, KT และ Palliative Care (ตามศักยภาพ/หลักเกณฑ์)

• คปสอ.

- ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในพื้นที่ทุกแห่ง และมีศูนย์ให้คำปรึกษา,รับเรื่องร้องทุกข์

3 ตัวชี้วัด

- ร้อยละของหน่วยบริการ ที่มีการฟอกไตฟรี (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100)

4 SMALL SUCCESS

ไตรมาส 1

- มีป้ายประชาสัมพันธ์นโยบาย
- sw.ทุกแห่งดำเนินการครอบคลุมทุกวิธีการบำบัด
- ปรับระบบผู้ป่วยร่วมตัดสินใจ เลือกวิธีที่เหมาะสม
- sw.หรือ หน่วย HD จัดบริการฟอกไตฟรี
- ตรวจประเมินหน่วยบริการ HD CAPD 100%
- มีศูนย์ให้คำปรึกษาและรับเรื่องร้องทุกข์ใน คปสอ.

ไตรมาส 2

- สุ่มตรวจเยี่ยม หน่วยบริการ HD, CAPD, 100% ทุกไตรมาส

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4



ONE PROVINCE ONE HOSPITAL : การพัฒนาโรงพยาบาลตามนโยบาย SAP

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.ระบบบริการดี

1 สถานการณ์ปี 68

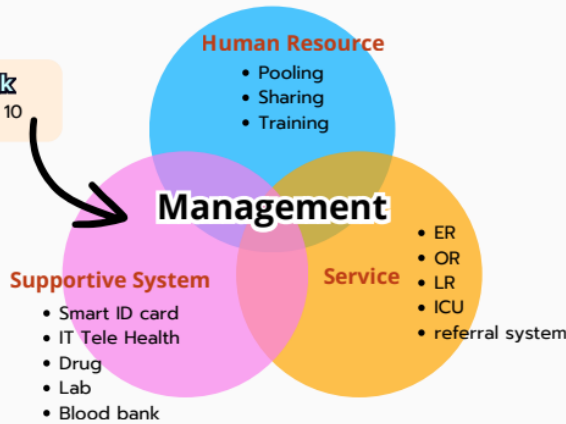
- ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอย กลยุทธ์ " Pooling Sharing and Training"
- ยกระดับ CMI และ Sum AdjRW

2 มาตรการปี 69

SAP "เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน บริบท ศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่"

- Fit Test positive
- Cataract
- ไอ้ Stage 5
- อัตราตาย Pneumonia Sepsis

Central Bank
• เขตสุขภาพที่ 10



Pre Hosp
-Warning Sign/ Alert
-Stroke
-STEMI
-Sepsis
-Pneumonia

In Hosp
Inter Hosp
-Treatment

Post Hosp
-Rehabilitation / จัดการสิ่งแวดล้อม
-Stroke
-STEMI
-Sepsis
-Pneumonia

เป้าหมายการพัฒนา SAP และ One Province One Hospital จังหวัดอุบลราชธานี 2569 - 2571

sw.ฉอรรษา ท้าวศรีลาภกร A* Node Zone 1 (89)

- Onco Surgery
 - ICU Trauma
 - Cataract Surgery
 - Donor Hospital
 - Fast track fracture around the hip
 - Stroke Fast track
 - Colposcopy / LEEP
 - NICU
- Sub Node Zone 1**
- sw.เชื่องใน S+ : CT / IMC WaER/LR คุณภาพ, Stroke corner rd /Semi ICU
 - sw.มองสามสิบ S+ : sw.รัตนธรรม/ 0089กรณีย์ /Stroke corner / IMC Ward ANC,LR คุณภาพ/ CT Semi ICU
- เชื่องใน 90
• มองสามสิบ 86

sw.วรินทร์ธารา A* Node Zone 3 (93)

- Heart failure Clinic
 - Onco Surgery
 - ICU Trauma
 - Cataract Surgery
 - Donor Hospital
 - Spinal Surgery
 - Fast track fracture around the hip
 - Stroke Fast track
 - Colposcopy / LEEP
 - NICU
- Sub Node Zone 3**
- sw.พูนฤกษ์ : CT Stroke Unit / ICU /Semi ICU/ Chemo level 3 /Telemedicine/ ANC/ LR คุณภาพ/ NICU CKD Clinic CAPD clinic /IMC Ward/ หน่วยบริการ Colonoscopy ให้บริการพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร โขงเจียม และสิรินธร
- พูนฤกษ์ 94
• สิรินธร 74
- จิตเวช corner
Chemo level 3

sw.ตระกูลพิพิลา A* Node Zone 2 (89)

- Thrombolytic Drug (STEMI /NSTEMI)
 - ER คุณภาพ
 - Chemotherapy
 - Cataract Surgery
 - Donor Hospital
 - Uncomplicated Bone Fracture
 - Stroke Fast track
 - Colposcopy / LEEP
 - NICU
- Sub Node Zone 2**
- sw.เขมราฐ S+ : Acute Care CT /Semi ICU /ANC, LR คุณภาพ (69)
- เขมราฐ 83
• ศรีเมืองใหม่ 80

sw.เดชอุดม A* Node Zone 4 (92)

- Heart failure Clinic
 - Onco Surgery
 - ICU Trauma
 - Cataract Surgery
 - Donor Hospital
 - Spinal Surgery
 - Fast track fracture around the hip
 - Stroke Fast track
 - Colposcopy / LEEP
 - NICU
- Sub Node Zone 4**
- sw.บุญทริก S+ : Colonoscopy /Cataract surgery /ธนาคารเลือด/ ขยาย HD / Semi ICU /Palliative care/Smart ER /Stroke corner / Minor surgery /IMC Ward (69) / Smart OPD
 - sw.บ้านขาม S+ : Semi ICU / IMC ward /Post P. care /Stroke Corner /ER/LR คุณภาพ, Minor OR /จิตเวช corner /Colonoscopy(69)
- บุญทริก 86
• บ้านขาม 82

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569





SERVICE EXCELLENCE : การพัฒนาคุณภาพระบบบริการมะเร็งครบวงจร

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณีย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.ระบบบริการดี

1 สถานการณ์ปี 68

- มะเร็งปากมดลูก เป้า = 301,969 คน คัดกรอง = 40,215 คน (13.32%) ผิดปกติ 1,470 คน Colposcopy = 1,011 คน (68.77%) พว CA 16 คน
- มะเร็งตับและท่อน้ำดี เป้า 16,120 คน U/S = 17,043 คน (105.73%) พว CA 4 คน
- มะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง เป้า = 31,324 คน คัดกรอง Fit test = 34,973 คน (111.65%) ผิดปกติ 4,615 คน Colonoscopy = 1,336 คน (31.22 %) so Colonoscopy = 2,943 คน พว CA 7 คน

2 มาตรการปี 69

1

- ทีมอำเภอมีแผนป้องกันมะเร็ง
- มีทีม Cancer Warrior
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง U/S HPV SBE CBE Fit test
- สร้าง HL แก่ประชาชน

2

- ทุกอำเภอจัดบริการโรคมะเร็งครบวงจร
- พัฒนาศักยภาพ sw.ทำ Colposcopy (sw.พิบูล)
- จัดบริการ Colonoscopy นอกเวลาราชการ
- จัดทำ Flow chart ระบบส่งต่อ กรณีพบผิดปกติ
- พัฒนาศักยภาพ sw. ให้ยาเคมีบำบัด (ตระการ,พิบูล,เชื่องใน)

3

- พัฒนาระบบข้อมูล
- พัฒนาการบันทึกผลการดำเนินการ

ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 1

3 ตัวชี้วัด

- มี Cancer Warrior ระดับอำเภอ ทุกอำเภอ (100%)
- ประชาชนหญิง 30-60 ปี คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม $\geq 40\%$ และพบผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq 55\%$
- ประชาชน 50-70 ปี คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit test $\geq 60\%$ และพบผิดปกติ ได้ส่องกล้อง Colonoscopy $\geq 55\%$
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี U/S 100%
- ผู้ป่วยมะเร็ง 5 โรคได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายในเวลาที่กำหนด 77%

4 SMALL SUCCESS

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย - จัดซื้อชุดตรวจ - คัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ผลงานสะสม $\geq 20\%$	- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV test ผลงานสะสม $\geq 40\%$ - คัดกรอง Fit test ผลงาน $\geq 40\%$ - คัดกรอง U/S มะเร็งท่อน้ำดี $\geq 60\%$	- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบผิดปกติ ส่องกล้อง colposcopy $\geq 30\%$ - คัดกรอง Fit test $\geq 60\%$ พบผิดปกติส่องกล้อง colonoscopy $\geq 25\%$ - คัดกรอง U/S 100%	- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบผิดปกติ ส่องกล้อง colposcopy $\geq 60\%$ - คัดกรอง Fit test $\geq 60\%$ พบผิดปกติส่องกล้อง colonoscopy $\geq 55\%$ - ผู้ป่วยมะเร็ง 5 โรค รักษาด้วยวิธีผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา 77%



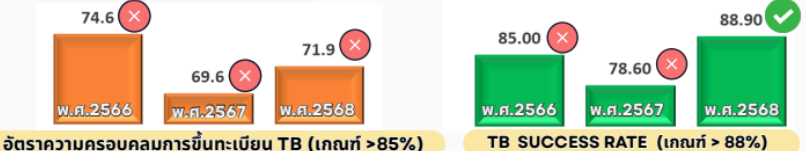
SERVICE EXCELLENCE : ควบคุมรักษาทубerculosis

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรค

PM : ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1.ระบบบริการดี

1 สถานการณ์ปี 68



2 มาตรการปี 69

1

หลักการ "รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย"

- ขับเคลื่อนโดย STJ model
- S = Screening (คัดกรอง)
- T = Treatment (รักษา)
- J = Join team (ทีมดูแลผู้ป่วย)

2

- CXR 7 กลุ่มเสี่ยง ใช้ AI แปลผล 100%
- กลุ่มประชาชน "อสม. เกาะประตูบ้าน" ไตรมาสละ 1 ครั้ง
- ผู้ต้องขัง CXR รักษา TB ภายใน 2 Weeks
- ส่งตรวจ Molecular test ในกลุ่ม CXR ผิดปกติ

3

- รักษา TB ระยะแฝง กลุ่มร่วมบ้าน TB (+) ใช้มาตรการ 3-3-1
- ติดตามต่อเนื่อง DOT, VOT, Tele medicine
- สร้าง Health Literacy
- ใช้ Line OA : ยุติวัตนโรคอุบลราชธานี

3 ตัวชี้วัด

- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน TB (เกณฑ์ $\geq 85\%$)
- อัตราความสำเร็จการรักษา TB (เกณฑ์ $\geq 88\%$)
- CXR ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ใช้ AI แปลผล 100 %
- ส่งตรวจ Molecular test ในกลุ่มผิดปกติ (เกณฑ์ $>90\%$)
- การ Admit TB ที่ ER ด้วยภาวะฉุกเฉิน 100 %

4 SMALL SUCCESS

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- พัฒนากัม - ใช้ Line OA : TB - ประเมิน QTB 69 - CXR $\geq 20\%$ - ขึ้นทะเบียน $\geq 20\%$	- ส่งผลงานวิจัย R2R - CXR $\geq 60\%$ - ขึ้นทะเบียน $\geq 60\%$	- CXR $\geq 90\%$ - ขึ้นทะเบียน $\geq 70\%$ - TB success $\geq 60\%$	- CXR 100% - ขึ้นทะเบียน $\geq 85\%$ - TB success $\geq 88\%$

ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 1







การให้บริการทันตสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข



1. ระบบบริการดี

PM : นพญ.อุมพร รุ่งรัศมีทวิมานะ
 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



- การเข้าถึงบริการทันตกรรมในหน่วยบริการสังกัด สนง.สสอ.อุบลราชธานี (เป้าหมายอุบลราชธานี 145,029 คน)
- พัฒนาระบบ One province One dental health system ผ่านนโยบายโรงพยาบาลทันตกรรม (6 แห่ง)
- ร้อยละของโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ Dental safety goal (เป้าหมาย ร้อยละ 100)
- ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม (เป้าหมาย ร้อยละ 30)
- ร้อยละของหน่วยปฐมภูมิ PCU/NPCU ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก (เกณฑ์ขั้นต่ำ/ กลาง/ สูง ร้อยละ 25) (และผ่านขั้นสูง อย่างน้อย 1 แห่ง)
- ร้อยละหน่วยบริการผ่านรายงานตัวชี้วัดงานทันตกรรม (รายเดือน) (เป้าหมาย ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)



ประเด็นนโยบาย : One Province One hospital
One Data One Pharmacy Ubonratchathani

นายแพทย์พิภพพงษ์ จันทรแดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

PM : ภก.คำภีร์ เวทมนตรี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข



สถานการณ์

- พบอุบัติการณ์การผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ และรพ.สต. ยังเข้าไม่ถึงฐานข้อมูลการแพ้ยาของจังหวัดอุบลราชธานี
- โรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 19.23) ยังไม่เชื่อมระบบบริการผู้ป่วยกับฐานข้อมูลแพ้ยา จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลทุกแห่ง ไม่มีระบบเชื่อมฐานข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในจังหวัด กับระบบบริการเภสัชกรรม

มาตรการ

1. จัดระบบบริการเภสัชกรรม เชื่อมฐานข้อมูลประวัติการใช้ยา ผู้ป่วย ใน SMART EMR
2. โรงพยาบาลมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการแพ้ยาจังหวัด อุบลราชธานี กับ ระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านยา มีระบบ การรายงานการแพ้ยา เข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย
4. รพ.สต.มีรหัสผ่าน เข้าถึงข้อมูลแพ้ยาจังหวัดอุบลราชธานี
5. กำหนดเภสัชกร ผู้รับผิดชอบและประสานงาน ในแต่ละพื้นที่

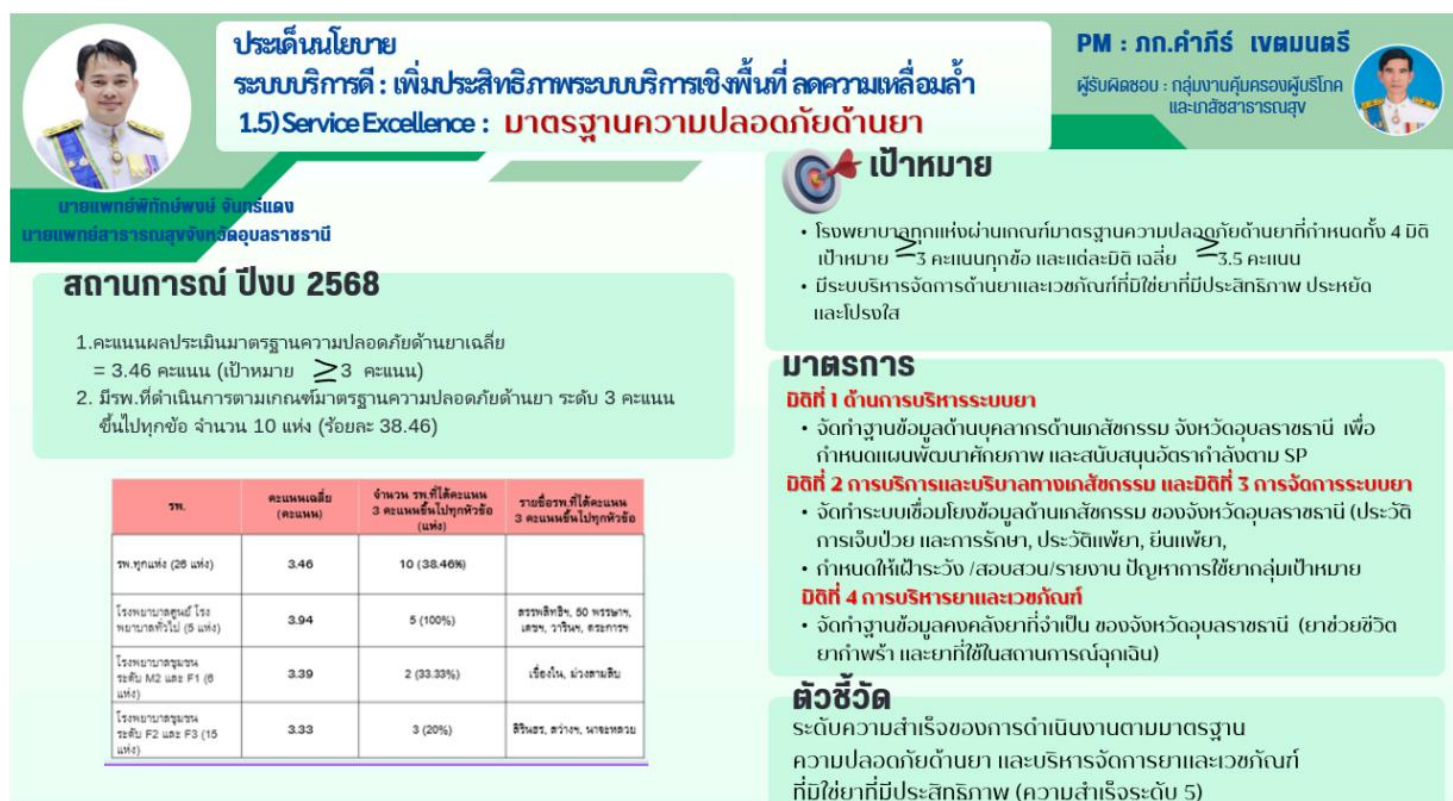
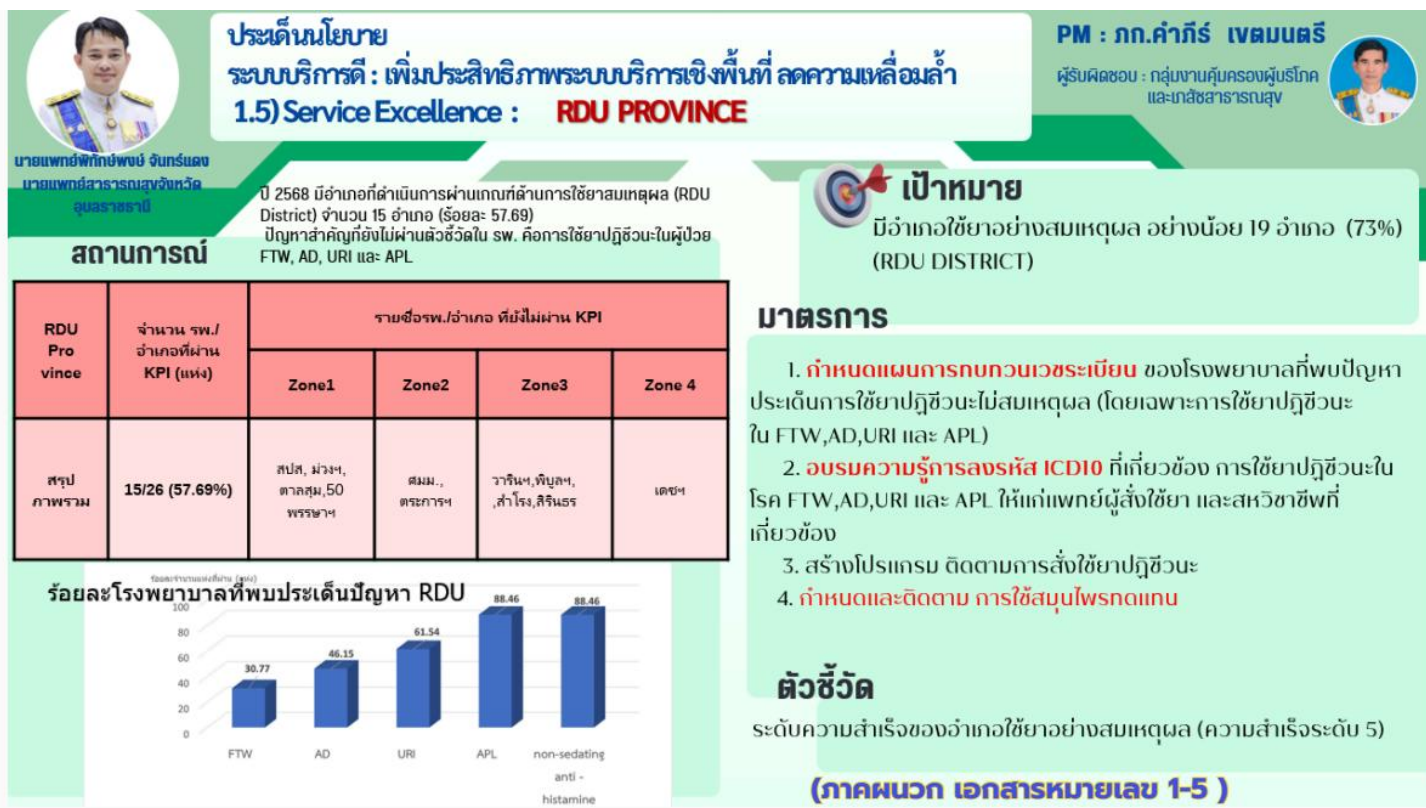
เป้าหมาย



**“ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา
ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำในจังหวัดอุบลราชธานี ”**

ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลแพ้ยาจังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการโรงพยาบาล
2. รพ.สต.ทุกแห่ง เข้าถึงข้อมูลแพ้ยาจังหวัดอุบลได้
3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการเภสัชกรรม



ระบบบริการดี

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC)

สถานการณ์

ในปี 2568 จ.อุบลราชธานี เปิด EOC ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนไทย - กัมพูชา และอุทกภัย

Small Success

ตัวชี้วัด

อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) ที่มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการ

- ทบทวนโครงสร้าง และคำสั่ง EOC ระดับอำเภอ
- ทิม SAT (CD/NCDs/อวล.ฯ) วิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทุกสัปดาห์
- จัดทำแผนปฏิบัติการ All-Hazard Plan, Hazard Specific Plan และ Business Continuity Plan เพื่อการเตรียมพร้อมปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- ฝึกซ้อมแผนรองรับการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

3 เดือน

- ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC - ICS 100
- ทุกอำเภอมีคำสั่ง และโครงสร้าง EOC

6 เดือน

- อำเภอมีแผนปฏิบัติการ AHP, HSP และ BCP เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้ง 5 ด้าน การประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ (Risk Assessment) และจัดทำแผน HSP อย่างน้อย 3 เรื่อง

9 เดือน

- ฝึกซ้อมแผนเตรียมรับการระบาดของโรคติดต่อที่มีความสำคัญสูงและภัยสุขภาพอย่างน้อย 2 เรื่อง ได้แก่ โรคแอนแทรกซ์, โรคไข้หวัดนก, อุทกภัย, สถานการณ์ชายแดน, PM2.5

12 เดือน

- ประเมินผลการดำเนินงาน และสรุป ถอดบทเรียน หลังจากปิด EOC และการทบทวนผลการปฏิบัติ AAR (After Action Review) หลังจากการฝึกซ้อมแผน

ปฏิทินการเกิดสาธารณภัยของจังหวัดอุบลราชธานี

เดือน	ประเภทของภัย	พื้นที่เสี่ยง	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
มกราคม	ภัยหนาว	ทุกอำเภอ	ENV	(EMS) ภัยสงคราม อำเภอที่ต้องเฝ้าระวัง 1. อำเภอน้ำยืน 2. อำเภอน้ำขุ่น 3. อำเภอนาจะหลวย ภัยแผ่นดินไหว (EMS) จ.อุบลราชธานี เป็นพื้นที่เสี่ยงน้อย ภัยจากอุบัติเหตุจากรถและขนส่ง เฝ้าระวัง ในช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ ทุกอำเภอ และอำเภอเสี่ยงสูง 4 อำเภอ อ.เมือง อ.ตระการพิพิธ อ.วารินชำราบ อ.พิบูลมังสาหาร
กุมภาพันธ์	ไฟป่า / หมอกควัน/ฝนแล้ง/ ภัยหนาว	ทุกอำเภอ	ENV	
มีนาคม	พายุฤดูร้อน ไฟป่า ภัยแล้ง	ทุกอำเภอ	EMS/ ENV	
เมษายน	พายุฤดูร้อน ไฟป่า ภัยแล้ง	ทุกอำเภอ	EMS/ ENV	
พฤษภาคม	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	(CDCU) ภัยจากโรคระบาด และ โรคอุบัติใหม่ เฝ้าระวังสถานการณ์ ทุกอำเภอ (ENV) ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย เฝ้าระวังทุกอำเภอ (พื้นที่เสี่ยง อ.ตระการพิพิธ)
มิถุนายน	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	
กรกฎาคม	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	
สิงหาคม	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	
กันยายน	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	
ตุลาคม	อุทกภัย / วาตภัย	เมือง / วารินชำราบ/พิบูลมังสาหาร/อ.ดอนมดแดง/ อ.สว่างวีระวงศ์/ อ.นาเยีย อ.ตระการพิพิธ	EMS	
พฤศจิกายน	ภัยหนาว / อากาศเย็น	ทุกอำเภอ	ENV/EMS	
ธันวาคม	ภัยหนาว / อากาศเย็น	ทุกอำเภอ	ENV/EMS	



เกณฑ์การรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี (DCIRs)

นพ.ชานนท์ พันธนิกุล

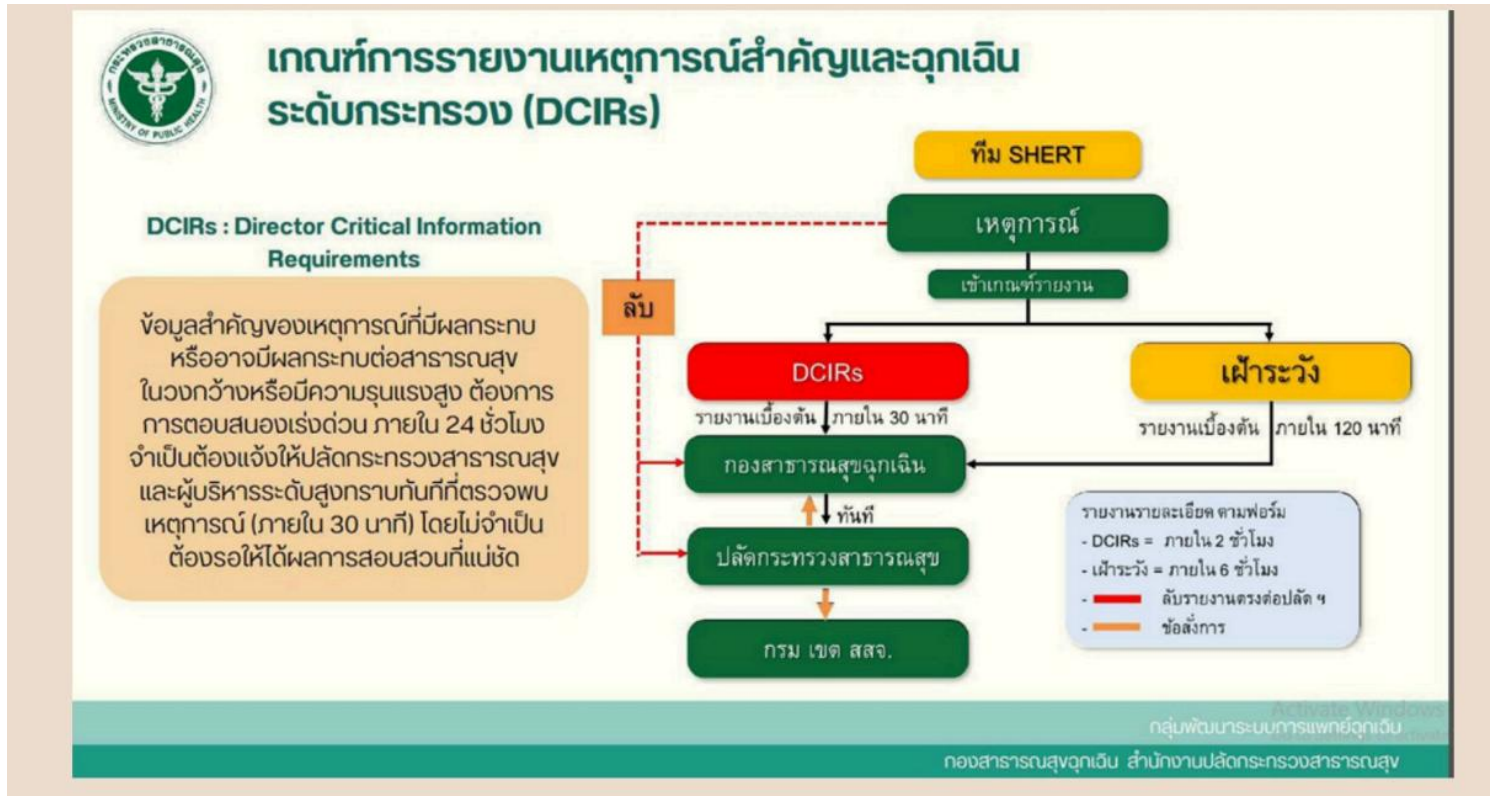
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

DCIR

DCIR ย่อมาจาก Director Critical Information Requirement ซึ่งแปลเป็นไทยว่า “ข้อกำหนดข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหาร” หรือ “เกณฑ์ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบสูง” DCIR เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินในด้านสาธารณสุขที่ต้องแจ้งให้ผู้บริหารระดับสูงทราบทันที



HEALTHY

นโยบาย

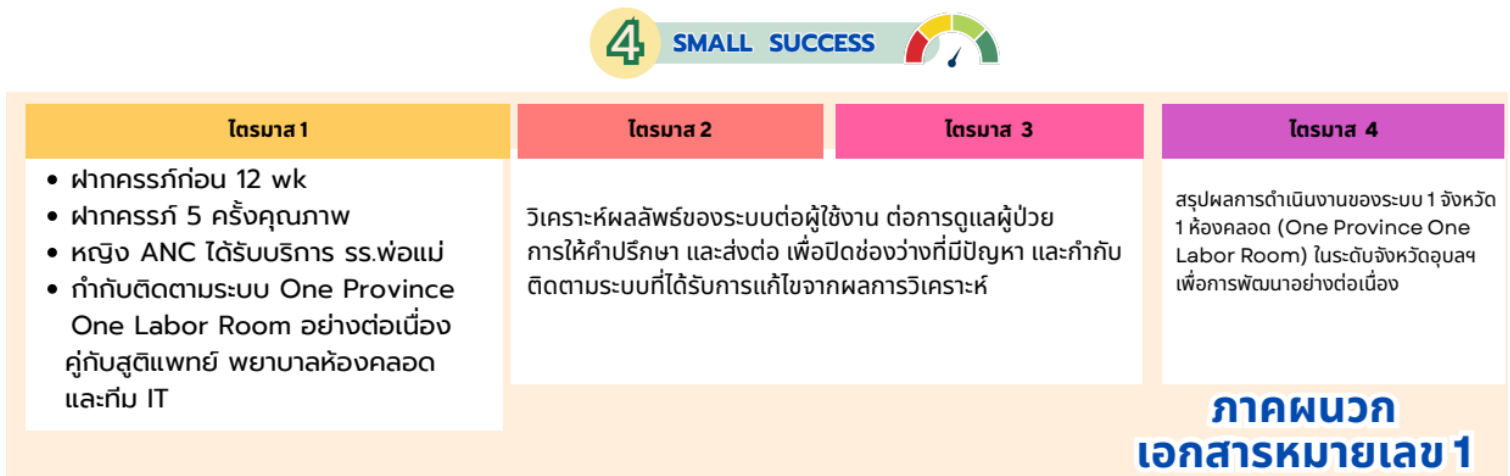
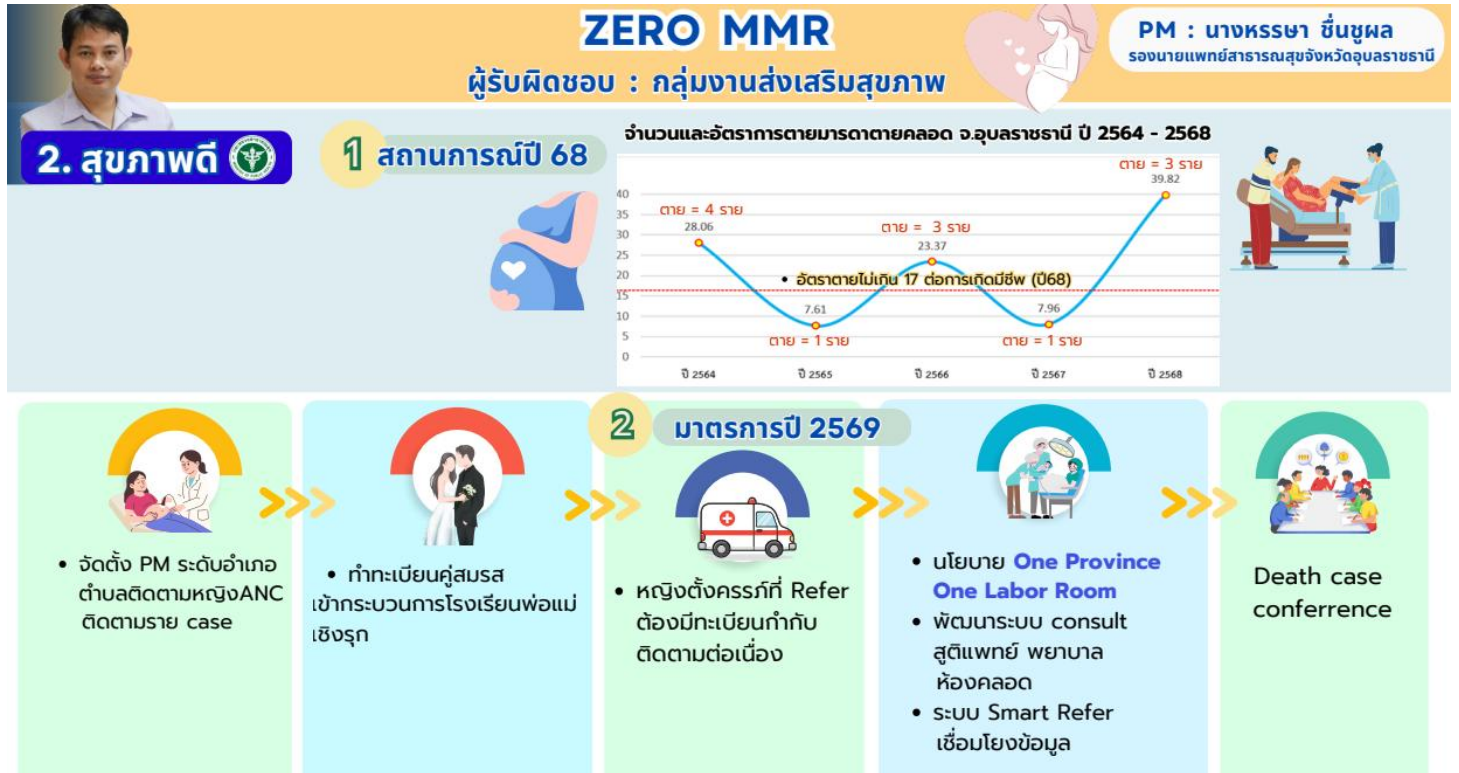
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ 2569

2 สุขภาพดี

นางพรรษา ชื่นชูผล

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



พัฒนาการสมวัย IQ เกิน 106

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68



2

มาตรการปี 2569

1

คัดกรองพัฒนาการเด็ก



- จัดทำทะเบียนคัดกรองแก้ปัญหาครอบครัวทุกมิติ
- ให้ความรู้ ครู ผู้ดูแลเด็ก ประเมินพัฒนาการด้วย DSPM
- ให้คำปรึกษาผ่าน Line notify
- ขยายเครือข่ายจิตอาสาพัฒนาการเด็ก, อสม.เชี่ยวชาญ
- มหัศจรรย์ 2,500 วัน และกลไก CFCT

2

เตรียมเด็กประเมิน IQ ปี 69



- สํารวจกลุ่มเป้าหมายที่รับการประเมิน IQ ปี 69 จัดทำทะเบียน รายบุคคล
- ทำ Care plan รายบุคคล
- สนับสนุน ศพด. รูปแบบ High Scope ศพด. 4D เสริมทักษะ EF
- ส่งเสริม HL พ่อแม่ผู้ปกครองด้านทักษะการเลี้ยงลูกผ่านกิจกรรม Triple P
- สนับสนุนการกักกันน้ำเสริมธาตุเหล็ก

พัฒนาการสมวัย IQ เกิน 106

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

3 ตัวชี้วัด

- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (>ร้อยละ 90)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (>ร้อยละ 20)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม (>ร้อยละ 90)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (>ร้อยละ 88)
- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดเข้าร่วมพัฒนา ศพด. (4D) ร้อยละ 80
- เด็ก 4 กลุ่มโรคที่ส่งต่อจาก ศพด. ปฐมวัยทุกสังกัดได้รับการดูแล (ร้อยละ 100)

4

SMALL SUCCESS



ไตรมาส 1

- มีคณะทำงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ
- มีการวิเคราะห์ Care Plan ดูแลรายบุคคล
- มีแผนการจัดกิจกรรม
- สุ่มประเมิน IQ เด็กกลุ่มเป้าหมาย

ไตรมาส 2

- มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ
- มีแผนการจัดกิจกรรมทักษะ IQ ต่อเนื่อง
- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร้อยละ 90
- เด็กที่มีปัญหา 4 กลุ่มโรค ได้รับการดูแล

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

- พัฒนาการสมวัยร้อยละ 88
- ทำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์

ภาคผนวก
เอกสารหมายเลข 2



การให้บริการทันตสาธารณสุขทุกกลุ่มวัย

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

PM : ทพญ.อุมพร รุ่งศรีมีทวีมานะ
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



2. สุขภาพดี


ตัวชี้วัด




- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 50)
- ร้อยละเด็ก 0-2 ปีและผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน และ Plaque control (เป้าหมาย ร้อยละ 55)



- ร้อยละเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 77)
- ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และ ทา/เคลือบฟลูออไรด์ (เป้าหมาย ร้อยละ 70)



- ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (เป้าหมาย ร้อยละ 60)
- ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 60)
- เด็ก ป.1 และ ป.6 ทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (เป้าหมาย ร้อยละ 30)
- เด็ก 0-12 ปี ฟันดี ไม่ผุ (เป้าหมาย ร้อยละ 85)



การให้บริการทันตสาธารณสุขทุกกลุ่มวัย

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

PM : ทพญ.อุมพร รุ่งศรีมีทวีมานะ
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



2. สุขภาพดี


ตัวชี้วัด




- ร้อยละวัยทำงาน 25-59 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 15)
- ร้อยละวัยทำงาน 25-59 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 15)



- ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 80)
- ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (อำเภอละอย่างน้อย 1 แห่ง)



- ร้อยละผู้ต้องขังได้รับการบริการทันตกรรม (เป้าหมาย ร้อยละ 80)



- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับคำแนะนำและรับการดูแลสภาวะปริทันต์ (เป้าหมาย ร้อยละ 30)



5 ดี

ระบบสุขภาพดี



PM : นางอุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

สถานการณ์

- สถานการณ์โรคฟันผุยังมีแนวโน้มจะลดลง
- สัดส่วนการเข้ารับบริการอุดฟันในเด็ก เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่ตรวจพบฟันผุ ค่อนข้างน้อย : 15 ปี พบฟันผุ 62 ราย ได้รับการอุด 7 ราย, 3 ปี พบฟันผุ 1,308 ราย ได้รับการอุด 183 ราย, 9 ปี พบฟันผุ 2,177 ราย ได้รับการอุด 973 ราย, 12 ปี พบฟันผุ 2,274 ราย ได้รับการอุด 961 ราย
- ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมได้รับการฟันเทียมลดลง จากร้อยละ 5.20 เหลือร้อยละ 4.60

มาตรการ

- พัฒนาระบบการวัดบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกลุ่มวัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพบริการ (ANC, ก่อนวัยเรียน, วัยเรียน)
- พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และวัดบริการคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มที่มีความเสี่ยง ลดโอกาสลุกลามในโรคที่มีความรุนแรง (โรคเรื้อรัง, PMDs)
- พัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งเสริมการวัดบริการเชิงรุกในกลุ่มเปราะบาง นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ (เรือนจำ, ตัดบ้านติดเตียง, ผู้สูงอายุ)
- ส่งเสริมการใช้สื่อ Digital สร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการผ่าน Digital platform (วัยทำงาน)

ตัวชี้วัด

-  ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) (ร้อยละ 77) (ตรวจ > ร้อยละ 50)
-  ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) (ร้อยละ 74) (ตรวจ > ร้อยละ 50)
-  ร้อยละของเด็ก 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 85) (ตรวจ > ร้อยละ 50)
-  ร้อยละของผู้ต้องขังได้รับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 80)
-  ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำแนะนำและรับการดูแลภาวะปริทันต์ (ร้อยละ 30)

QUICK WIN : ร้อยละ 100
ของเด็ก 15 ปี และ 6 ปี

QUICK WIN : ร้อยละ 100
ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่



การคัดกรองและการบำบัดยาเสพติด

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- บำบัดยาเสพติด = 5,696 ราย
- (OPD= 4,161 ราย /IPD=301 ราย /CBTx= 914 ราย /มีบัตรรักษาโรค=320 ราย)
- เขี้ยว = 4,768 ราย / เหลือง = 119 ราย /ส้ม= 493 ราย /แดง = 316 ราย
- โรงพยาบาลมีบัตรรักษาโรค 4 แห่ง (ตระการ, ศรีเมืองใหม่, สิรินคร, บุณทริก)
- บำบัดครบตามเกณฑ์ 95.72 % Retention Rate = 89.53%

2 มาตรการปี 2569 ยกระดับการให้บริการผู้ป่วยยาเสพติด ทุกมิติ

1 มิติด้านคัดกรอง

- คัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดย และระดับความรุนแรง (เขี้ยว, เหลืองอ่อน, เหลืองเข้ม, ส้ม และแดง)

2 มิติด้านการรักษา

- เพิ่มศักยภาพทีมวิทยากร ทีมบำบัดรักษา
- บำบัดตามระดับความรุนแรง
 - เขี้ยว, เหลืองอ่อน (กระบวนการ CBTx)
 - เหลืองเข้ม (ค่ายบำบัด 7-9 วัน)
 - ส้ม (มีบัตรรักษาโรค/เตียงแยก)
 - แดง (sw. ที่มีจิตแพทย์)
- โรงพยาบาลทุกแห่งมีเตียงรองรับผู้ป่วยสัปดาห์อย่างน้อย 2 เตียง
- ผู้ป่วยสีแดงได้รับการ Consult หรือส่งต่อจิตแพทย์ทุกราย
- จัดตั้ง sw. มีบัตรรักษาโรค sw. ระดับ M2 (sw. พินิจสังหาร)

3 มิติด้านการติดตาม

- คืนคนดีสู่สังคม
- ติดตามทางการแพทย์
 - ผู้ใช้ 1 ครั้ง/ปี
 - ผู้เสพ, ผู้ติดย 4 ครั้ง/ปี
- ประสานการส่งต่อที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม



การคัดกรองและการบำบัดยาเสพติด

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

3 เป้าหมายปี 69

- ระบบบำบัดสมัครใจ 9,700 ราย
- มีวิทยากรค่ายบำบัดรักษาเสพติด ทุกอำเภอ
- พัฒนาโรงพยาบาลมีบัตรรักษาโรค ให้มีมาตรฐาน
- มีพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด ครบทุกโรงพยาบาล
- มีแพทย์เวชศาสตร์ยาเสพติด (หลักสูตร 3 วัน) อย่างน้อย 50% ของโรงพยาบาล
- ดำเนินการชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) อย่างน้อยอำเภอละ 1 หมู่บ้าน

ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 3-6

4 ตัวชี้วัด

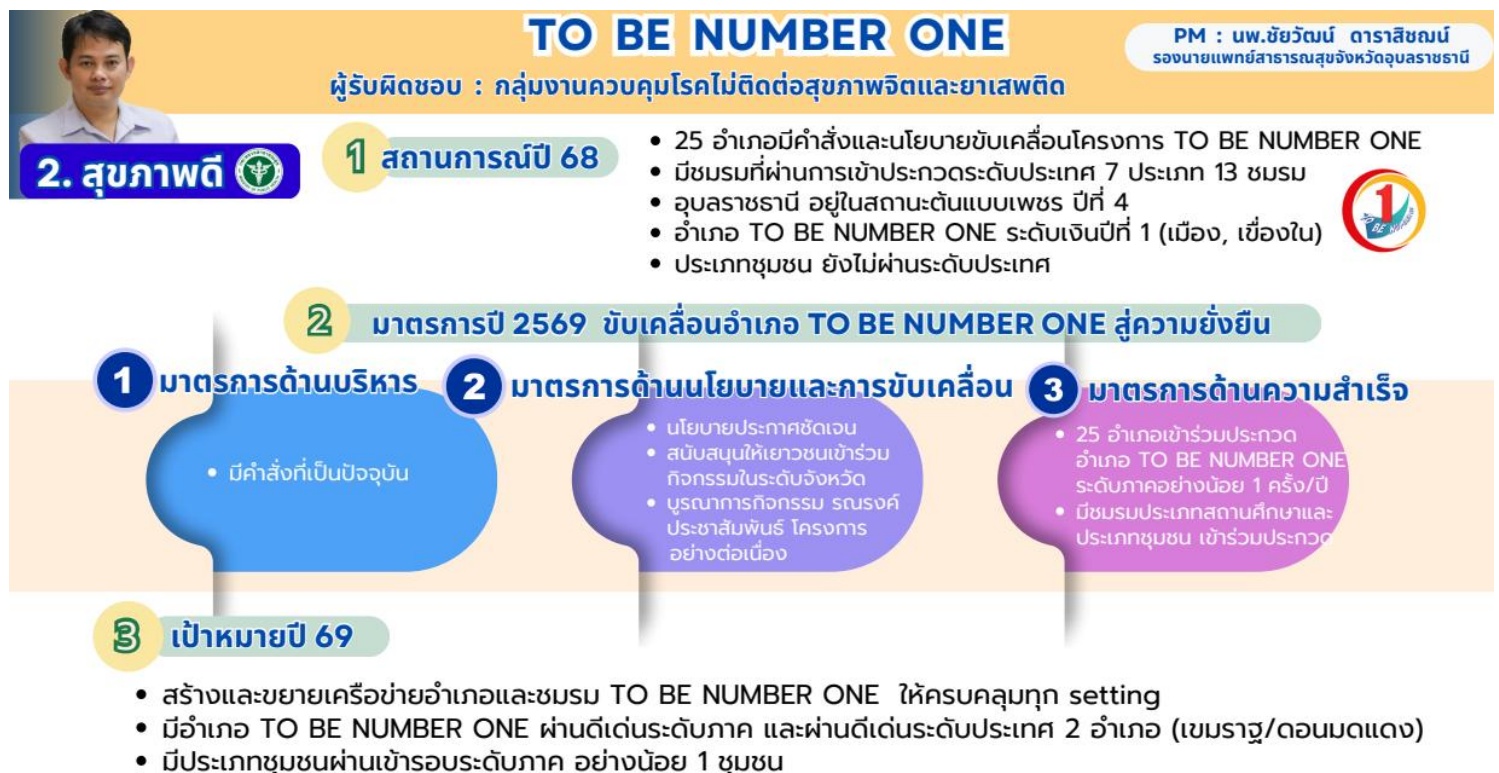
- ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัด 100 % บำบัดครบโปรแกรม complete rate 90%
- ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงการติดตาม (Retention Rate) 70 %
- ดำเนินการชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) 100 % ของทุกอำเภอ

5 BIG QUICK WIN

- 24 ต.ค.68 = Kick Off ภาคอีสาน
- พ.ย.68 = ทุกอำเภอต้องมีศูนย์บำบัดฟื้นฟูยาเสพติด / คัดกรองแยกประเภทผู้บำบัด
- ธ.ค. 68 = ตรวจสอบข้อมูลใน บสต. / บำบัดยาเสพติดตามระดับสี
- ม.ค. 69 = บำบัดยาเสพติดตามระดับสี

6 SMALL SUCCESS

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- นำประเด็นยาเสพติด เข้ากระบวนการ พชอ. - บำบัดระดับความรุนแรง 25 %	- บำบัดระดับความรุนแรง 50 % - Retention Rate 60%	- บำบัดระดับความรุนแรง 75 % - Retention Rate 65%	- บำบัดระดับความรุนแรง 100 % - Retention Rate 70%





TO BE NUMBER ONE

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

4 ตัวชี้วัด

- ระดับความสำเร็จการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE
- ค่าเป้าหมาย ความสำเร็จระดับ 5

5 SMALL SUCCESS



ไตรมาส 1

- จัดทำคำสั่งและนโยบายและส่งเสริมการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ประเภทอำเภอ ชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ
- สนับสนุนหรือส่งสมาชิกเข้าร่วมประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 2 คน

ไตรมาส 2

- อำเภอ TO BE NUMBER ONE จัดตั้งชมรมประเภทชุมชน สถานศึกษา ไม่น้อยกว่า 50%

ไตรมาส 3

- อำเภอ TO BE NUMBER ONE จัดตั้งชมรมประเภทชุมชน สถานศึกษา ไม่น้อยกว่า 60%

ไตรมาส 4

- อำเภอ TO BE NUMBER ONE จัดตั้งชมรมประเภทชุมชน สถานศึกษา ไม่น้อยกว่า 65%

ภาคผนวก
เอกสารหมายเลข 8



เบาหวาน & ความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- คัดกรอง DM เป้า= 412,132 คน ผลงาน= 331,938 คน (80.54 %)
- คัดกรอง HT เป้า= 565,853 คน ผลงาน= 461,780 คน (81.61 %)
- ติดตามส่งสลับป่วย DM 73.26 % HT 81.47%
- Good Control DM = 35.64 % Good Control HT= 62.45 %
- DM remission เป้า= 7,504 คน ผลงาน 1,704 คน (22.71 %)
- NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป 76.92 %
(โรงพยาบาลไม่ผ่าน ดอนมดแดง, ตาลชุม, นาตาล, นาเยีย, sw.สสวสิทธิ์)
- ความตระหนักการบริโภคเกลือและโซเดียม = 87.39 %

2 มาตรการปี 2569



1 ตรวจสุขภาพดี

- จัดทำแผนการคัดกรองสุขภาพรายหมู่บ้าน
- จัดบริการเชิงรุกในชุมชน

2 ติดตามดี

- กลุ่มส่งสลับ DM ภายใน 180 วัน
- กลุ่มส่งสลับ HT ภายใน 90 วัน

3 ความรู้ดี

- ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการบริโภคเกลือและโซเดียม

4 ควบคุมได้ดีและสงบดี

- ตรวจ HbA1C
- DM Remission
- NCD clinic Plus ในโรงพยาบาลและ sw.สต. ระดับดีขึ้นไป

3 ตัวชี้วัด

- ร้อยละประชาชน 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพ 90 %
- ร้อยละกลุ่มส่งสลับป่วย DM/HT ได้รับการติดตาม DM $\geq 70\%$, HT $\geq 80\%$
- ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C $\geq 80\%$
- Good Control DM $\geq 40\%$
- Good Control HT $\geq 60\%$
- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ $\geq 10\%$
- ร้อยละของประชาชน ตระหนักถึงความเสี่ยงบริโภคเกลือและโซเดียม $\geq 70\%$

เบาหวาน & ความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

4 SMALL SUCCESS



ตัวชี้วัด	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
• ตรวจสอบสุขภาพประชาชน 35 ปีขึ้นไป	≥ 50 %	≥ 70 %	≥ 80 %	≥ 90 %
• ตรวจ HbA1C	≥ 30 %	≥ 50 %	≥ 70 %	≥ 80 %
• ติดตามส่งสัยป่วยเบาหวาน	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %
• ติดตามส่งสัยป่วยความดันโลหิตสูง	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
• Good Control DM	-	≥ 30 %	≥ 35 %	≥ 40 %
• Good Control HT	-	≥ 40 %	≥ 50 %	≥ 60 %
• DM Remission	DM เข้าร่วม ≥ 1 %	DM Remission ≥ 5 %	- DM Remission ≥ 5 % - NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น ≥ 75 %	DM Remission ≥ 10 %
• ประชาชนมี HL ความเสี่ยงการบริโภคเกลือ และไขมัน	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %

ผู้สูงอายุ : ลดภาวะพึ่งพิง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- ผู้สูงอายุ = 276,351 คน
- คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน = 144,403 คน (52.12 %) >>>

• ผิดปกติมากที่สุด คือ

- 1) การมองเห็นและด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน = 4.33%
- 2) การเคลื่อนไหว = 2.81%
- 3) สุขภาพช่องปาก = 2.29%

2 มาตรการปี 2569



ภาคผนวก
เอกสารหมายเลข 9

ตำบล LONG TERM CARE

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1

มาตรการปี 2569



01

ประเมินตนเอง
ตำบล LTC

02

วางแผนการดำเนินงาน
ตำบล LTC
บูรณาการร่วมกับ อปท.

03

ทบทวน
การคัดกรอง ADL
คืนข้อมูลให้พื้นที่ทราบ
เพื่อกำหนดแนวทางดูแล
กลุ่มผู้สูงอายุ

04

มี Care Manager
Care giver สหวิชาชีพ
หมอบรรณครวั
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
อสม. ผู้นำชุมชน
ลงเยี่ยมบ้าน
ผู้มีภาวะพึ่งพิง

05

ติดตามประเมินคุณภาพ
ตำบล LTC ที่มีคุณภาพ



2

ตัวชี้วัด



- ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (100%)
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการวางแผน Care Plan รายบุคคล 100%

ดูแลสุขภาวะพระสงฆ์ และสามเณร

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- ประเมินภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมสุขภาพ HL พระสงฆ์ 2,734 รูป เป้า= 11,010 รูป (24.83%)
- พบประเมินพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ 69.93% (สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย ไม่อาบน้ำ)

2 มาตรการปี 2569

1

- ประเมินภาวะโภชนาการ
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2

- นำข้อมูลมาวางแผนการ
ส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์
สามเณร
- บูรณาการงานร่วมกับ
ทุกภาคส่วน

3

พัฒนาศักยภาพพระ อสว.
พระคิลาณุปิฎฐาก

4

ทีมสหวิชาชีพ ลงพื้นที่เยี่ยมวัด
ค้นหา GAP การพัฒนา
พื้นที่วัด ให้คำแนะนำ

5

ประเมินคุณภาพวัดส่งเสริมสุขภาพ
ผ่านมาตรฐานกรมอนามัย

3

ตัวชี้วัด



- มี พระคิลาณุปิฎฐาก อย่างน้อยตำบลละ 1 รูป
- มี วัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างน้อยตำบลละ 2 วัด
- พระสงฆ์ และสามเณรได้รับการตรวจสุขภาพ, ประเมินภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 90
- มี พระคิลาณุปิฎฐากดีเด่น อำเภอละ 2 รูป

ภาคผนวก
เอกสารหมายเลข 10



HEALTH LITERACY : 3 รู้ ก็อยู่รอด

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ตาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- สถานบริการ,สถานประกอบการ เป็น HLO = 252 แห่ง (เป้า 170 แห่ง) ✓
- ประชา. >15 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ = 90.65% (เป้า 82%) ✓
- สถานบริการสาธารณสุข ส่งเสริมรอบรู้ Low Carb ไม่ใช่โลว์แล 91.87% (เป้า 82%) ✓
- อสม.เป็น Health Rider มีความรอบรู้ 93.04% (เป้า 82%) ✓

1

รอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

- ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผ่าน App หมอพร้อม Super App

2

ตระหนักรู้สถานะสุขภาพตนเอง

- ประชา. >35 ปี คัดกรองสุขภาพ NCDs 4 ด้าน ผ่าน Health Station
- Alert Awareness เช่น Stroke STEMI
- Know your Number เช่น นม. ส่วนสูง ค่า HT
- ประชา. อสม. Online "รอบรู้สุขภาพ Online"

3

รอบรู้วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพ

- NCDs Prevention Center
- ประชา. อสม. Online หลักสูตร "รอบรู้สุขภาพ" ครอบคลุม
- หมัดทวงเรื่อง Fake News

3

ตัวชี้วัด และ SMALL SUCCESS

ตัวชี้วัด	3 เดือน (ร้อยละ 40)	6 เดือน (ร้อยละ 30)	12 เดือน (ร้อยละ 30)
1. ประชา. อายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ ร้อยละ 93 (19,440 คน)	7,776 คน	5,832 คน	5,832 คน
2. ชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ 129 แห่ง	53 แห่ง	38 แห่ง	38 แห่ง
3. สถานบริการ/สถานประกอบการเป็นองค์กรรอบรู้ 222 แห่ง	89 แห่ง	67 แห่ง	66 แห่ง



ประเด็นนโยบาย : สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรงสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ประเด็นนโยบาย : ผลลัพธ์สุขภาพปลอดภัย และจังหวัดอาหารปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ

การจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียน (GCHP)

PM : ภก.คำภีร์ เฑมบนตรี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข



สถานการณ์

ปี 2568 การจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียน (GCHP) แล้วทุกอำเภอ รวมทั้งสิ้น 25 แห่ง โดยมีที่ตั้งศูนย์ฯ อยู่ที่โรงพยาบาล 3 แห่ง (SW.พิบูลฯ SW.ม่วงฯ SW.ดอนมดแดง) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 22 แห่ง

ปี 2568 มีคดี /เรื่องร้องเรียน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ ทั้งหมด 98 คดี เป็นคดีจาก 20 อำเภอ เกือบทั้งหมดเป็นการรับเรื่องโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าหมาย

ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอได้รับการพัฒนาศักยภาพ ประชาชนได้รับความคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ โฆษณา ด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนได้ทุกอำเภอ

มาตรการ

- 1.กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพศูนย์ GCHP แต่ละอำเภอ
- 2.กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเรื่องร้องเรียน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (รับเรื่อง/ส่งต่อ)
- 3.ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนภายใต้การดำเนินงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)

ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 6-7)



นายแพทย์พิภพพงษ์ จันทรแดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สุขภาพดี : สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรงสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ประเด็นนโยบาย : การสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

PM : ภก.คำภีร์ เถตมณตรี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข



สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2568

- มี จำนวน ชุมชน บวร.ร. 4 แห่ง
- โรงเรียน อ.น้อย ที่ผ่านการประเมิน โรงเรียน อ.น้อย พลัส 1 แห่ง , โรงเรียน อ.น้อย ระดับดีเยี่ยม 74 แห่ง, ระดับดีมาก 8 แห่ง, ระดับดี 3 แห่ง และระดับพอใช้ 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 88 แห่ง ,
- มี อสม.ผ่านหลักสูตร อสม.คส. ทุกตำบล (2 คน/ตำบล)
- จากการเฝ้าระวังพบว่า ร้านขายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัย ประชาชน มักเรียนผู้สูงอายุ ยังไม่พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ จาก ปัญหาความไม่รอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มาตรการสำคัญ

- 1) อสม.คส. ส่งเสริมผู้สูงอายุวัยเฝ้าระวังได้ใช้เป็น เดือนละ 1 ครั้ง
- 2) อสม.คส. ส่งเสริมผู้ประกอบการร้านชำคิดได้ ขายเป็น เดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ G-RDU
- 3) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของชุมชน โดยเครือข่าย โรงเรียน อ.น้อย และ บวร.ร

เป้าหมาย

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน วัด โรงเรียน ครอบครัวที่มีดี การสื่อสาร - การเรียนรู้ - การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย - และการขยายผลอย่างยั่งยืนสู่ชุมชนผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย

ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนชุมชนใหม่ในพื้นที่ ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ : อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ
- 2) จำนวนชุมชนต้นแบบรอบรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ : 1 ชุมชน/อำเภอ
- 3) จำนวน โรงเรียน อ.น้อย มีการดำเนินการต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- 4) จำนวนยุวทูต อ.น้อย : 1 ยุวทูต/จังหวัด



นายแพทย์พิภพพงษ์ จันทรแดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สุขภาพดี : สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรงสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ประเด็นนโยบาย : ผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยและจังหวัดอาหารปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ

PM : ภก.คำภีร์ เถตมณตรี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข



สถานการณ์ ปี 2568

1. จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงานตามเกณฑ์จังหวัดอาหารปลอดภัย ณ แหล่งผลิต (สถานที่ผลิตอาหาร) แหล่งจำหน่ายและโรงพยาบาลตามมาตรฐาน sw. อาหารปลอดภัย) **และได้รับเกียรติบัตร จังหวัดอาหารปลอดภัย ระดับดีเด่น 5 ปีซ้อน**
2. มีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 28 เรื่อง ประเด็นร้องเรียนมากที่สุด คือ สถานที่ผลิตอาหารไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ GMP 7 แห่ง ร้อยละ 25 และมีการสุ่มเก็บตัวอย่างจากแหล่งผลิต จำนวน 123 ตัวอย่าง ผ่าน 110 ตัวอย่าง ร้อยละ 89.43 (**เป้าหมาย ร้อยละ 95**) มีการสุ่มตรวจสอบปนเปื้อนในวัตถุดิบอาหารของโรงครัวโรงพยาบาล ยังพบปัญหา **ตรวจพบยาฆ่าแมลงในผักผลไม้สด (ตรวจ 679 ตัวอย่าง ไม่ผ่าน 17 ตัวอย่าง ร้อยละ 2.50)**

1. มาตรการสำคัญ

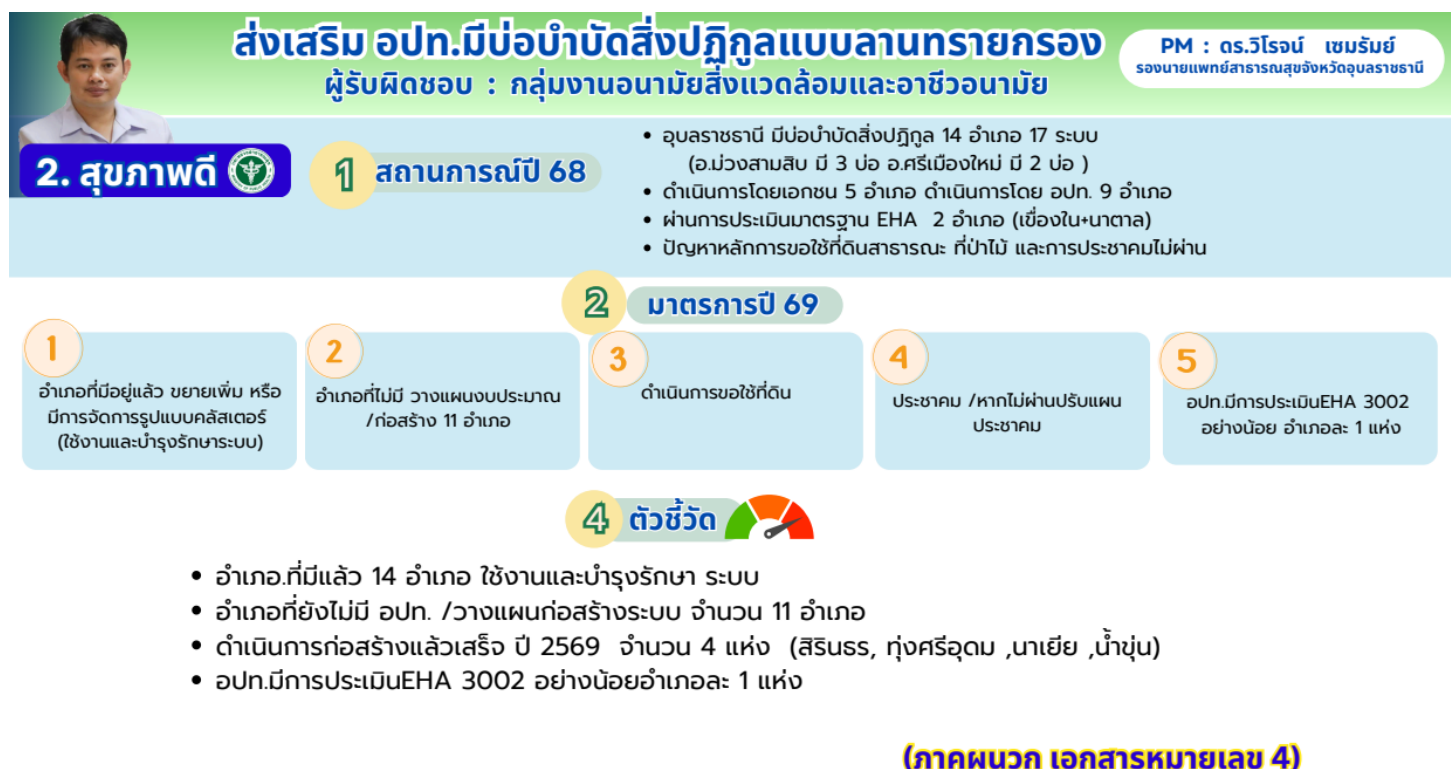
- 1) ทุกอำเภอตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตอาหารให้ผ่านเกณฑ์ GMP ตามเป้าหมาย ภายในไตรมาส 3
- 2) โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการตามแนวทางโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
- 3) กำหนดให้ผู้ประกอบการผลิตอาหาร มีมาตรการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์สุดท้าย ก่อนส่งห้องตรวจที่ปฏิบัติการ

2. เป้าหมาย

จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์จังหวัดอาหารปลอดภัย **ระดับดีเยี่ยม (ต่อเนื่องเป็นปีที่ 6)**

3. ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละสถานประกอบการด้านอาหารในพื้นที่ที่ได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด : **ร้อยละ100**
- 2.จำนวนเรื่องร้องเรียน พรม.อาหาร จากทุกอำเภอ **ลดลง**
- 2) ร้อยละโรงพยาบาลมีการดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย : **ร้อยละ100 และผลตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงในผักผลไม้สด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80**
- 3) ร้อยละของอาหารที่ผ่านมาตรฐาน : **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95**



คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน



• สมัครงานเข้าร่วมการประเมินตามเกณฑ์ประาพบ้านสะอาด (3C) จำนวน 171 แห่ง (15 อำเภอ) และเกณฑ์ประาปตมได้ จำนวน 22 แห่ง (22 อำเภอ) **อยู่ระหว่างรอผลดำเนินการ

• ผ่านการประเมินรับรองประาพบ้านสะอาด (3C) จากกรมอนามัย จำนวน 3 แห่ง (อบต.โนนผึ้ง อ.วารินชำราบ, อบต.ท่าโพ อ.โขงเจียม และวัดหนองเป็ด อบต.นาคาย อ.ศาลสูง)

• มีผลการตรวจคุณภาพน้ำผ่านทั้ง 21 พารามิเตอร์ ตามประกาศ กรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำประาปตมได้ พ.ศ. 2563 จำนวน 11 แห่ง

• พบปัญหาคุณภาพน้ำระบบประาพบ้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัย ได้แก่ ร้อยละ 54.5 ด้านกายภาพ/ชีวภาพ (โคลิฟอร์มแบคทีเรีย อีโคไล) และร้อยละ 39.5 ด้านเคมี (เคมีทั่วไป โลหะหนัก โลหะหนักที่เป็นพิษ) ***

Quick Win

- สรุปผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะพร้อมทั้งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- คัดเลือก/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice
- เชิดชูเกียรติประจำปีในเวทีกรมอนามัย (Food Water Forum 2026)



Quick win 4 เดือน

- จังหวัดประชุมชี้แจงแผนขับเคลื่อนโรงพยาบาลเป้าหมาย
 - sw.ทุกแห่ง มีการบันทึกข้อมูลการใช้ทรัพยากร
 - การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโปรแกรม Carbon Footprint

Small Success 12 เดือน

- sw. ผ่านการรับรองในระดับทำอย่างน้อย 6 แห่ง
 - sw.ทุกแห่ง มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Carbon Footprint
 - มีต้นแบบ sw.คาร์บอนเครดิต อย่างน้อย 1 แห่ง

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 5)



โรงพยาบาล CARBON CRADIT

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

PM : ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- ปี 69 อุบลราชธานี กำหนดให้ sw.ลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก เป็น **sw.Low Carbon** และมี **ต้นแบบ sw.Carbon Credit อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง**
- sw.มีกิจกรรม ที่ลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก มีการลดการใช้พลังงาน /มีการติดตั้ง Solar Cell /เพิ่มพื้นที่สีเขียวใน sw. /เพิ่มการใช้รถยนต์ไฟฟ้า /เพื่อให้ sw.สามารถเข้าสู่กระบวนการขึ้นทะเบียนรับรองคาร์บอนเครดิต จากหน่วยงานหลักที่รับรอง **คาร์บอนเครดิต** ในประเทศไทย คือ องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (อบก.)



2 มาตรการปี 69

- โรงพยาบาลมีการใช้พลังงานสะอาด **ติดตั้ง Solar Cell ไม่เกิน 3 ปี** (มีผลกับการขอขึ้นทะเบียน)
- โรงพยาบาลมีการ**เพิ่มพื้นที่สีเขียว และมีต้นไม้** ภายในโรงพยาบาล (ลดการปลดปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจก)
- ส่งเสริมสนับสนุน **ให้โรงพยาบาลมีการใช้รถยนต์ไฟฟ้า** (พลังงานสะอาด)
- โรงพยาบาลมีการ **ลดการใช้พลังงาน** และ **มีกิจกรรมการอนุรักษ์พลังงาน** นำไปสู่การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ



4 เดือน

- คัดเลือก sw.ต้นแบบที่ผ่านการรับรอง GCHC ในระดับ Excellence ขึ้นไป
- มีการติดตั้ง Solar Cell เพื่อเข้ากระบวนการขึ้นทะเบียนรับรองเป็น sw.Carbon credit อย่างน้อย 2 แห่ง (sw.สปส /sw. ๕๐รรษาฯ/ sw.อุบลรักษ์ฯ)

12 เดือน

- มีโรงพยาบาลต้นแบบที่ผ่านการรับรองจาก องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (อบก.)
- sw.Carbon credit อย่างน้อย 2 แห่ง**

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 6)



EMS : ENVIRONMENT MODERNIZED & SMART SERVICE

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

PM : ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. สุขภาพดี

1 สถานการณ์ปี 68

- อุบลราชธานีมีผลการดำเนินงานตามนโยบายระบบบริการก้าวหน้า EMS ตั้งแต่ ปี 2565- 2568 **sw.ที่ผ่านการประเมินรับรองขึ้นสูง The best จำนวน 6 แห่ง** ได้แก่ sw.สสวสิทธีประสงค์ sw. ๕๐ พรรษา มหาชีราลงกรณ sw.เดชอุดม sw.วารินชำราบ sw.เขื่องใน และ sw.ม่วงสามสิบ

2 มาตรการ

E: ENVIRONMENT

- sw.มีการเพิ่มพื้นที่สีเขียว
- sw.มีการดำเนินงานด้าน "การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- sw.มีการจัดการน้ำเสียเป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

M: MODERNIZED

- sw.มีการพัฒนาระบบ Digital Health
- sw.มีระบบ Cyber Security ครอบคลุม

S: SMART SERVICE

- sw.ผ่านการรับรอง HA
- sw.เป้าหมายมีผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการมากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 90 และมีการทบทวน ดำเนินการแก้ไขเรื่องไม่พึงพอใจ 100 %
- sw.เป้าหมายมีการจัดการข้อร้องเรียนจากการให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด
- sw.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพมาตรฐาน ER ตามมาตรฐานโรงพยาบาล

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 7)

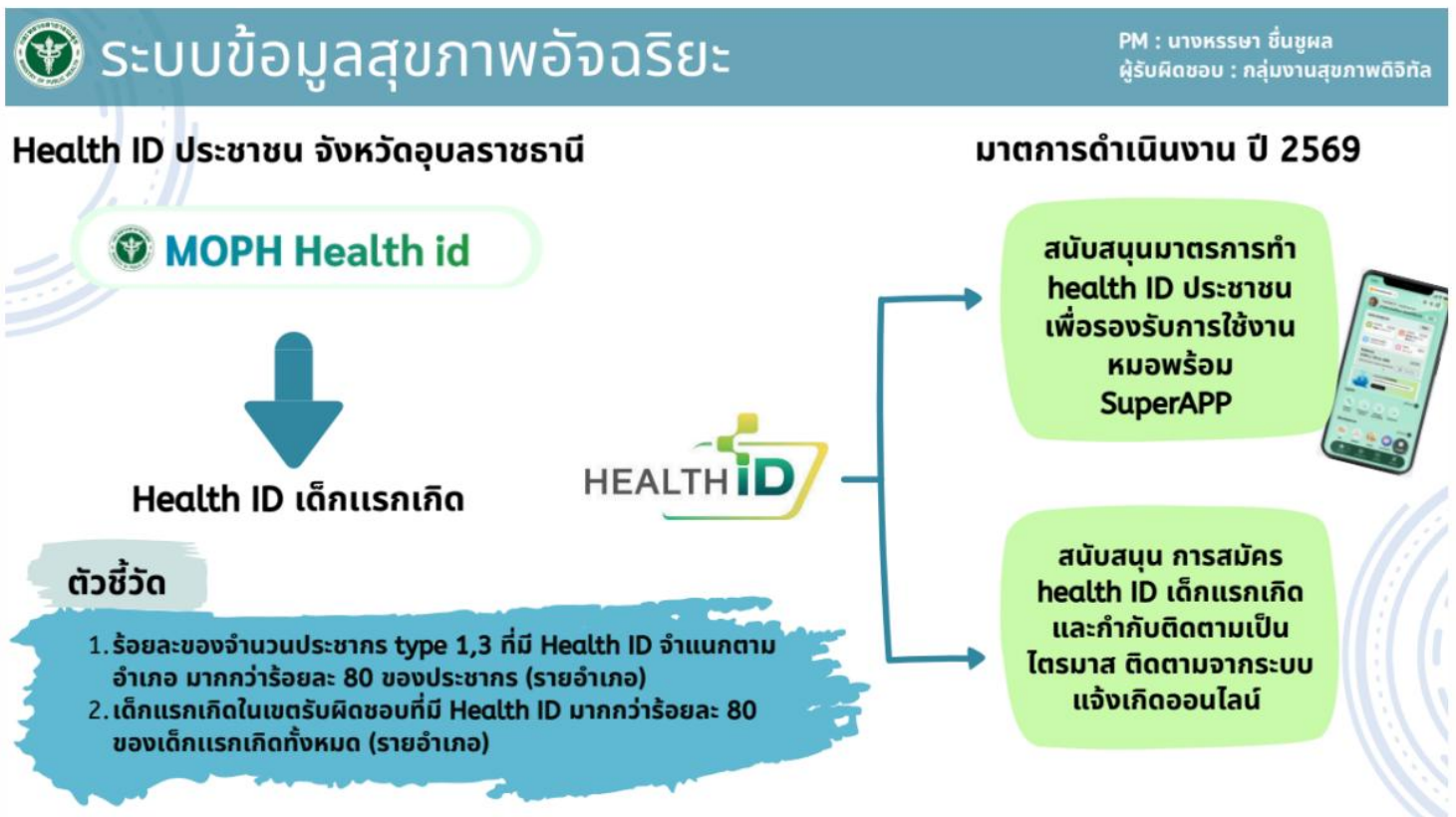


นโยบาย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2569

3 เทคโนโลยีดี

หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อกับบริการ ผ่านเทคโนโลยี

นางพรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

Health ID ประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากร Type 1+3 จังหวัดอุบลราชธานี
จำนวน 1,526,821 ราย *
มี Health ID จำนวน 864,919 ราย**
คิดเป็น 56.65 %

อำเภอ	* Type 1+3	** HealthID	% การมี HealthID
เมืองอุบลราชธานี	200,532	91,496	45.63%
ศรีเมืองใหม่	54,293	36,679	67.56%
โขงเจียม	30,942	18,735	60.55%
เขื่องใน	169,410	47,368	27.96%
เขมราฐ	72,967	37,506	51.40%
เดชอุดม	124,922	80,652	64.56%
นาจะหลวย	45,859	27,311	59.55%
น้ำยืน	52,114	36,332	69.72%
บุณฑริก	68,335	44,987	65.83%
ตระการพืชผล	82,271	67,540	82.09%
กุดข้าวปุ้น	28,748	22,530	78.37%
ม่วงสามสิบ	54,527	39,423	72.30%
วารินชำราบ	141,516	65,749	46.46%
พิบูลมังสาหาร	96,196	56,771	59.02%
คานอชุน	21,509	13,584	63.15%
โพธิ์ไทร	36,918	24,612	66.67%
สำโรง	43,374	28,614	65.97%
คอนมณี	19,666	16,477	83.78%
สิรินธร	49,440	23,478	47.49%
ทุ่งศรีอุดม	19,614	14,966	76.30%
นาเยีย	23,082	11,431	49.52%
นาตาล	26,839	15,145	56.43%
เหล่าเสือโก้ก	22,361	12,035	53.82%
สว่างวีระวงศ์	20,070	13,342	66.48%
น้ำขุ่น	21,316	18,156	85.18%
รวม	1,526,821	864,919	56.68%



* ข้อมูลประชากร Type 1 + 3 จังหวัดอุบลราชธานี จากระบบ HDC ณ วันที่ 9 พ.ย. 2568

** ข้อมูลจาก Dashboard Moph Health ID ณ 9 พ.ย. 2569

<https://health-mis-dashboard.moph.go.th/main/MOPHHealthID>



ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

IPD Paperless ทุกโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่มีระบบ IPD Paperless
จำนวน 20 โรงพยาบาล
จาก 26 โรงพยาบาล
คิดเป็น 77 %

มาตรการดำเนินงาน ปี 2569

ทุกโรงพยาบาลดำเนินการจัดหาและ
ติดตั้งการใช้งานระบบ IPD Paperless
ในหอผู้ป่วยที่มีความพร้อมอย่างน้อย
1 หอผู้ป่วย

** โรงพยาบาลที่ยังไม่ติดตั้ง IPD Paperless
: นาตาล , กุดข้าวปุ้น, นาเยีย, พิบูลฯ, บุณฑริก, สำโรง

ตัวชี้วัด

โรงพยาบาลเปิดให้บริการด้วยระบบ IPD Paperless
อย่างน้อย 1 หอผู้ป่วย





การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

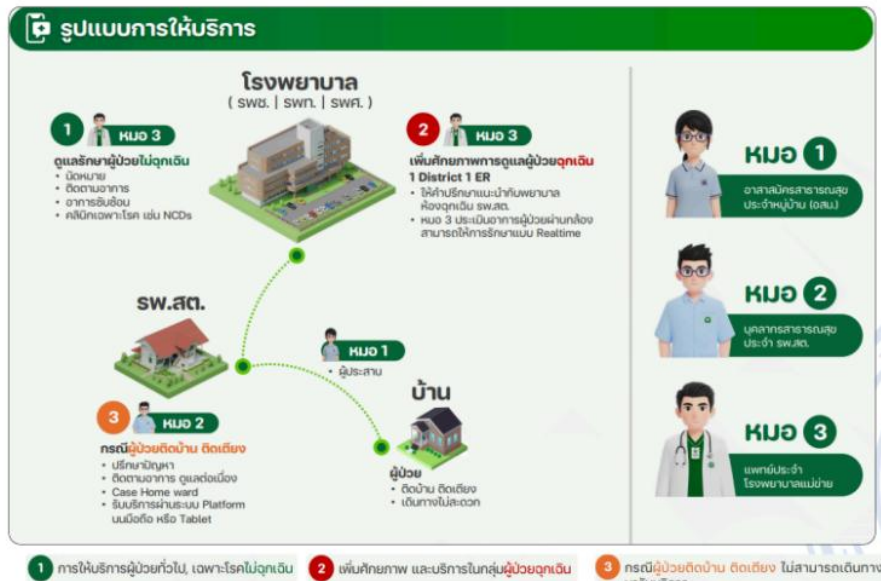
Telemedicine ทุกหน่วยบริการ

มาตรการดำเนินงาน ปี 2569

- มาตรการสนับสนุนการให้บริการ Telemedicine ผ่าน แพลตฟอร์ม หมอพร้อม station , สอน.บัดดี้ และอื่นๆ swท., swพ., sw.สต. กับติดตามผ่านระบบ รายงาน HDC และ dashboard ส่วนกลาง

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ sw.สต. ที่มีการใช้ Tele Medicine มากกว่า 25 % (Quick win)
2. ร้อยละของการใช้ระบบ Telemedicine ≥ 20 ของ OPvisit (sw.)



การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ



ผลงาน Telemedicine
ปีงบประมาณ 2568
: รวม 113,098 ครั้ง
(ข้อมูลจาก HDC)

อำเภอ	จำนวนบริการ การแพทย์ทางไกล (ครั้ง)			
	ผลงานโรงพยาบาล	จำนวน รพ.สต. ในสังกัด	จำนวน รพ.สต. ที่มีการให้บริการ	ผลงาน รพ.สต.
กุดข้าวปุ้น	171	8		
เขมรราช	8174	10		
เขื่องใน	16261	14		
โขงเจียม	309	3		
คอนมั่ง	1787	0		
เดชอุดม	3729	28		
ตระการพืชผล	21687	21	1	1
ตาลชุม	1560	4		
ทุ่งศรีอุดม	744	6	1	2
นาจะหลวย	60	7	1	94
นาตาล	3557	5		
นาเยีย	760	0		
น้ำขุ่น	112	6	2	62
น้ำยืน	530	14	1	1
บุณฑริก	2046	14		
พิบูลมังสาหาร	2665	17	1	6
โพธิ์โพธิ์	5437	10		
ม่วงสามสิบ	6462	14		
เมือง	3812	26	2	5
วารินชำราบ	21121	15		
ศรีเมืองใหม่	4167	10		
สว่างวีระวงศ์	564	6		
สำโรง	6461	12		
สิรินธร	33	7	1	4
เหล่าเสือโก้ก	714	0		
รวม	112,923	257	10	175



การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมผล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

นัดหมายออนไลน์

มาตรการดำเนินงาน ปี 2569

โรงพยาบาลที่เปิดนัดหมายออนไลน์
ข้อมูลจาก หมอพร้อม Station

- ✓ 4 คลินิก ขึ้นไป 11 แห่ง 43 %
 - ✓ 1-3 คลินิก ขึ้นไป 10 แห่ง 38 %
 - ✓ ยังไม่เปิดบริการ 5 แห่ง 19 %
- ข้อมูลวันที่ 13 พ.ย.2568



- หน่วยบริการมีผู้รับผิดชอบ (Admin) ระบบนัดหมายออนไลน์ ทุกหน่วยงาน (รวม รพ.สต.)
- ส่งเสริม ให้คำแนะนำหน่วยบริการ เปิดคลินิกนัดหมายออนไลน์ ทุกหน่วยงาน ผ่าน แพลตฟอร์ม



ตัวชี้วัด : เปิดบริการนัดหมายออนไลน์แบบเลือก Slot เวลา ผู้รับบริการสามารถจอง
นัดหมายได้ผ่านหมอพร้อม Application/LineOA อย่างน้อย 4 คลินิก (โรงพยาบาล)



การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ

PM : นางพรรษา ชื่นชุมผล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

ผลงาน นัดหมายออนไลน์

ข้อมูลโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการจองคิวออนไลน์ (ณ วันที่ 7 พ.ย. 2568)

ลำดับ	หน่วยบริการ	NCDs	OPD โรคทั่วไป	Wellness	กายภาพ	จิตเวช	ทันตกรรม	แม่โขง	ANC ครอบครั้ว	มลพิษ	สารเสพติด	วัคซีน	คัดกรอง	COC	สูงอายุ	รวม
1	รพ.นาคา	1			1		1	1	1						1	6
2	รพ.สรรพสิทธิประสงค์						1		1	1	1					4
3	รพ.เชิงใน				1		2	1								4
4	รพ.ศรีเมืองใหม่		1		1		1	1								4
5	รพ.ดอนมดแดง					1			1			1				3
6	รพ. 50 พรรษา						1	1								2
7	รพ.เดชอุดม												1	1		2
8	รพ.เขมราฐ						1	1								2
9	รพ.น้ำยืน			1				1								2
10	รพ.โขงเจียม						1									1
11	รพ.นาจะหลวย						1									1
12	รพ.บุณฑริก						1									1
13	รพ.พิบูลมังสาหาร						1									1
14	รพ.ม่วงสามสิบ						1									1
15	รพ.ลำโรง						1									1
16	รพ.สิรินธร						1									1
รวม		1	1	1	3	1	14	6	3	1	1	1	1	1	1	36

ยังไม่เปิดคิวดอนไลน์ 10 รพ. = ม่วงสามสิบ, เหล่าเสือโก้ก, ตระการพืชผล, ภูซำปูน, โพธิ์โพธิ์, สว่างวีระวงศ์, สิรินธร, วารินชำราบ, พงษ์ศรีภูมิ, น้ำขุ่น



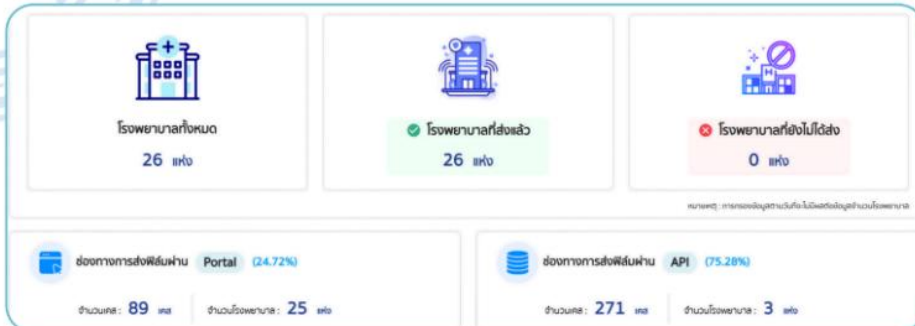
แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569



AI ทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

Imaging Hub Dashboard



ใช้งาน AI Chest Xray ได้แล้ว ผ่าน Platform imaging hub (single sign on)

มาตรการดำเนินงาน ปี 2569

- เชื่อมโยงข้อมูล x ray กับ ระบบ Immaging hub ทุก โรงพยาบาลผ่าน API
- มาตรการร่วมมือส่งภาพเข้าสู่ Imaging HUB และเชิญชวน ให้ใช้ Moph AI Chest Xray

ตัวชี้วัด

- โรงพยาบาลมีการเชื่อมข้อมูล x ray กับ ระบบ Immaging hub ผ่าน API 100 %



Cyber Security & HAIT

PM : นางพรรษา ชื่นชุมพล
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

1



มาตรการ

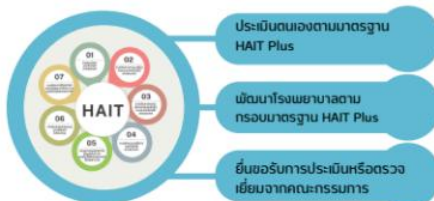
- ประเมินตนเอง
- ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรอง
- ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
- ลงพื้นที่ / ออนไลน์

ตัวชี้วัด

- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินไซเบอร์ ทั้ง 11 +6 ข้อ ครบ 100 %

2

การพัฒนา รพ.ตามมาตรฐาน HAITPLUS



มาตรการ

- ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HAIT Plus
- พัฒนาโรงพยาบาลตามกรอบมาตรฐาน HAIT Plus
- ยื่นขอรับการประเมินหรือตรวจเยี่ยมจากคณะกรรมการ

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ยื่นขอรับรอง HAIT Plus Lev.1 100 %





ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (CFO)

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. เศรษฐกิจดี

1

สถานการณ์ปี 68

- TPS ผ่านเกณฑ์ ≥ 10.5 (A+B) 73.08% (Q4/68 เกรด A = 46.15%)
- ไม่มีหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินระดับ 6 - 7

2

มาตรการปี 69

หน่วยบริการจัดทำแผนการเงินการคลังคุณภาพ

- ประชุมชี้แจงการจัดทำแผน Planfin/ จัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง
- จัดเวทีนำเสนอแผน ประเมินแผนผลรายรับ-รายจ่ายทุกไตรมาส ประเมิน และปรับปรุง 6 เดือน

CFO กำกับติดตามแผนการเงินการคลัง

- หน่วยบริการ มีระบบควบคุมงบประมาณตาม Planfin
- ขออนุมัติก่อนสั่งซื้อ และแบบแผนที่ได้รับอนุมัติในการขอจัดซื้อทุกครั้ง
- Risk score ระดับ 4 ให้ชะลอการจ่ายคำตอบแทน ณ .11/12**
- งดการศึกษางานนอกพื้นที่จังหวัด (OD)**
- พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เดือนกุมภาพันธ์ การเงินการคลัง
- CFO จังหวัดลงพื้นที่เมื่อพบความเสี่ยง

CFO มีการกำกับติดตามการประเมิน TPS

- พัฒนาประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้
- พัฒนาศักยภาพ UR Nurse
- พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน (แพทย์พยาบาล/ จว.เวชสถิติ)
- หน่วยบริการประเมิน TPS ด้วยตนเอง** เพื่อนำเสนอ CFO ทุกเดือน
- CMI ผ่านเกณฑ์ /เป็นเกณฑ์ประเมินผู้บริหาร

3

ตัวชี้วัด

ร้อยละของจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ TPS (A+B) (80%)

เป็นตัวชี้วัดประเมินผู้บริหาร (ผอ.สว.)

ไตรมาส 1

- มีแผน Plan-fing แผนเงินรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงครบทุกหน่วยบริการ
- มีคำสั่งและมีการประชุม คณะกรรมการจัดเก็บรายได้
- TPS ผ่านเกณฑ์

ไตรมาส 2

- ใช้ Plan-fing แผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง เป็นเครื่องมือในการบริหารหน่วยงาน
- TPS ผ่านเกณฑ์

ไตรมาส 3

- วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการเงินกับรายงานทางการเงินระหว่างไตรมาส
- มีการประชุม วิเคราะห์การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง
- TPS ผ่านเกณฑ์

ไตรมาส 4

- สรุปเปรียบเทียบแผนการเงินของปีกับรายงานการเงินประจำปี
- TPS ผ่านเกณฑ์

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

แผนการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



ปี 2568 ➡ 1,500 ล้านบาท



ปี 2569 ➡ 3,000 ล้านบาท



หัตถการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. นวด/อบ/ประคบ
2. ฟันพุ่มารดาหลังคลอด
3. ผิงเข็ม/ผิงเข็มรวมกระตุ้นไฟฟ้า
4. พอกเข้า
5. นวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ



500
ล้านบาท



หัตถการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รวม 1,000 ล้านบาท

1. นวด/อบ/ประคบ
2. ฟันพุ่มารดาหลังคลอด
3. ผิงเข็ม/ผิงเข็มรวมกระตุ้นไฟฟ้า
4. พอกเข้า
5. นวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

500 ล้านบาท

6. นวดเขี้ยวชาญ 7 ด้าน

- กลุ่มปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด
- โรคหัวใจล้มเหลว
- โรคนิ้วล็อก
- หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- ภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- กลุ่มอาการปวดเข่า
- อัมพฤกษ์ อัมพาต

7. การตรวจเฉพาะกลุ่มโรค

- นวดกระตุ้น IMC (IPD)
- นวดกลุ่มเด็กพิการ / LTC / PC
- นวดพัฒนาการเด็ก

8. ชุมชน : Care giver

500 ล้านบาท

ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก

1. ยาจากสมุนไพร 32 รายการ (47 รูปแบบ)
(Fee schedule) (รวมยาที่อื่นๆ 8 รายการ)
800 ลบ.



1,000 ล้านบาท

ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก

รวม 2,000 ล้านบาท

1. ยาจากสมุนไพร 32 รายการ
(47 รูปแบบ) (Fee schedule)
(รวมยาที่อื่นๆ 8 รายการ)
800 ลบ.

1. เพิ่มรายการยาสมุนไพร (Fee schedule)
32 รายการ + 20 รายการ
รวมเป็น 52 รายการ

1,625
ล้านบาท

การดูแลผู้ป่วยโรคที่เกิดเงินด้วยการแพทย์แผนไทย 375 ล้านบาท



ประเด็นนโยบาย : ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น



PM : นายแพทย์กบง คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก

นายแพทย์กบง คำศรี
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ปี 2568 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค
Common Disease and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น
ร้อยละ 22.47 (เป้าหมายร้อยละ 10)

สถานการณ์



ผ่านเกณฑ์ 20 อำเภอ



ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 อำเภอ

1

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบเพิ่มการจ่ายยาสมุนไพร ผ่านคลินิกแพทย์แผนไทย
โดยแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. จัดทำแผนจัดซื้อร่วมยาสมุนไพรระดับจังหวัด
3. เพิ่มการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันใน 10 กลุ่มอาการ

2

เป้าหมาย

เครือข่ายสุขภาพ 25 อำเภอ
มีการดำเนินงานการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
ในกลุ่มอาการ Common Disease and Symptoms

3

ตัวชี้วัด

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease and Symptoms
ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30

4

Quick Win



ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease
and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ 30



ประเด็นนโยบาย : หมอนวดมืออาชีพ
จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมทักษะการนวดไทย ยึดเหยียดเฉพาะทาง 7 กลุ่มอาการ

PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์ ปี 2568 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ผ่านการประเมินทักษะหลักสูตรนวดไทย ยึดเหยียดเฉพาะทาง 7 ด้าน (ครู ก) จำนวน 52 คน

ตำแหน่ง	แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2, 3 ปี
จำนวน (คน)	119	265	11
รวม 395 คน			

1. มาตรการสำคัญ

พัฒนาบุคลากร(หมอนวดมืออาชีพ)และถ่ายทอดความรู้ด้านการนวดไทยยึดเหยียดเฉพาะทาง 7 ด้าน (ครู ก) แก่บุคลากรแพทย์แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการ

กลุ่มอาการที่ 1 อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด

กลุ่มอาการที่ 2 อาการโรคหัวใจหลอดเลือด

กลุ่มอาการที่ 3 อาการโรคข้ออักเสบ

กลุ่มอาการที่ 4 อาการภาวะกล้ามเนื้อสลาย (ปวดสลับเพซ)

กลุ่มอาการที่ 5 อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท

กลุ่มอาการที่ 6 อาการอัมพฤกษ์อัมพาต

กลุ่มอาการที่ 7 กลุ่มอาการปวดเข่า

4. Quick Win

ไตรมาส	บุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการประเมินยึดเหยียดเฉพาะทาง 7 ด้าน
1	100 คน
2	200 คน
3	300 คน
4	400 คน

2. เป้าหมาย

บุคลากรแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ 25 อำเภอ

3. ตัวชี้วัด

จำนวนบุคลากรที่ผ่านการประเมินทักษะการนวด 7 กลุ่มอาการ จำนวน 400 คน



ประเด็นนโยบาย : ร้อยละผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นร้อยละ 10

PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์ ปีงบประมาณ 2568 มีผู้รับบริการ 7 กลุ่มอาการ จำนวนทั้งสิ้น 73,543 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 1 อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด 23,917 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 2 อาการโรคหัวใจหลอดเลือด 5,337 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 3 อาการโรคข้ออักเสบ 255 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 4 อาการภาวะกล้ามเนื้อสลาย (ปวดสลับเพซ) 14,501 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 5 อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท 17,538 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 6 อาการอัมพฤกษ์อัมพาต 2,259 ครั้ง/คน

กลุ่มอาการที่ 7 กลุ่มอาการปวดเข่า 9,736 ครั้ง/คน



1. มาตรการสำคัญ

- พัฒนาบุคลากร(หมอนวดมืออาชีพ)และถ่ายทอดความรู้ด้านการนวดไทย ยึดเหยียดเฉพาะทาง 7 ด้าน (ครู ก)
- จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการ
- จัดทำแผนการดำเนินงานในการให้บริการใน 7 กลุ่ม อาการโรค และดำเนินงานตามแผน
- ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการ
- ติดตามและประเมินผลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 7 กลุ่มอาการ

3. ตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยที่มารับบริการ 7 กลุ่มอาการโรคได้รับการรักษาด้วยบริการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 10

2. เป้าหมาย

25 อำเภอ มีการดำเนินงานให้มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยฯ 7 กลุ่มอาการ

4. Quick Win

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ผู้ป่วยที่มารับบริการ 7 กลุ่มอาการโรคได้รับการรักษาด้วยบริการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 10			



นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและวิจัยสุขภาพ

ประเด็นนโยบาย : ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยฯ



PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์

- ปี 2568 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 50.57 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 45)
- ผ่านเกณฑ์ 21 อำเภอ ✗ ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 อำเภอ

1. มาตรการสำคัญ

- พัฒนาหน่วยปฐมภูมิด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีศักยภาพในการดูแลประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดหายาสมุนไพรตามบัญชีหลักแห่งชาติให้ครบ อย่างน้อย 32 รายการ
- จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
- ดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ ชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ
- ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป้าหมาย

เครือข่ายสุขภาพ 25 อำเภอ มีการดำเนินงานการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รวม 25 อำเภอ	ผลการดำเนินงานปี 2568			เป้าหมายปี 2569
	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ (ร้อยละ 45)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)
2,055,345	1,039,258	50.57	1,130,440	
				จะได้ ร้อยละ 55

3. ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 55

4. Quick Win

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 55			



นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและวิจัยสุขภาพ

ประเด็นนโยบาย : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (วัตถุประสงค์หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล) เป้าหมายร้อยละ 20



PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์

- มีจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (Intermediate case) ในสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 9,395 ราย
- จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 1,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.63

1. มาตรการสำคัญ

- พัฒนาแนวทางการส่งต่อและรับต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- คัดกรองและบริหารผู้ป่วยเป้าหมาย (Case Management)
 - สำรวจผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน/จัดทำ Care Plan รายบุคคล
 - คัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้ารับระบบ IC (เช่น หลั่งออกจาก sw., ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควบคุมไม่ได้)
- จัดบริการดูแล (Service Delivery)
 - ประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่าง sw. - sw.สด. - บ้าน
 - ใช้ระบบเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย (Home Health Care)
- การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย (Community Partnership)
 - อสม. และ Care Giver ช่วยติดตามและดูแล

2. เป้าหมาย

เครือข่ายสุขภาพ 25 อำเภอ ผู้ป่วย IMC เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3. ตัวชี้วัด

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20

4. Quick Win

ไตรมาส	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
1	ร้อยละ 5
2	ร้อยละ 10
3	ร้อยละ 15
4	ร้อยละ 20



นายแพทย์กนก คำศรี
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นนโยบาย : รายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานต่อจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอก

PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์

- ปี 2568 มีรายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานต่อจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 32 บาท/ครั้ง (80 บาท/ครั้ง) ซึ่งเป็นการคิดประมาณการรายได้ของการบริการแพทย์แผนไทยทุกสิทธิ์ รวมถึงมูลค่ายาสมุนไพรต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด
- อำเภอที่ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ 1 อำเภอ คือ อำเภอนาเยีย ใต้ผลงาน 131 บาท/ครั้ง

✓ ผ่านเกณฑ์ 1 อำเภอ
 ✗ ไม่ผ่านเกณฑ์ 24 อำเภอ




1. มาตรการสำคัญ

- พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการเพื่อเพิ่มรายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- กำหนดแนวทางการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานและตามเกณฑ์การเบิกจ่ายของ สปสช.
- จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกทุกหัตถการ และทุกสิทธิ์การรักษา รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพรให้ได้ 80 บาท/ครั้ง

2. เป้าหมาย

เครือข่ายสุขภาพ ทั้ง 25 อำเภอให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร

ผลการดำเนินงานปี 2568			เป้าหมายปี 2569
รวม 25 อำเภอ	จำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	จำนวนเงินที่รับบริการทุกสิทธิ์	รายได้ต่อครั้ง (บาท)
	5,248,622	167,352,091	32
			จำนวนเงินที่รับบริการทุกสิทธิ์
			419,868,768
			จะได้ ร้อยละ 80

3. ตัวชี้วัด

รายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานต่อจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอก 80 บาท/ครั้ง

4. Quick Win

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
รายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานต่อจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอก 80 บาท/ครั้ง			



นายแพทย์กนก คำศรี
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นนโยบาย : ร้อยละของศูนย์ Wellness Center (Wellness Center) แหล่งท่องเที่ยวเชิงคุณภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

PM : นายแพทย์กนก คำศรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์

- จังหวัดอุบลราชธานี มีสถานประกอบการประเภท ที่พัก, ร้านอาหาร, สปา, ร้านนวดเพื่อสุขภาพ และสถานพยาบาลที่ได้รับการยกระดับแล้ว จำนวน 3,350 แห่ง
- ปีงบประมาณ 2568 มีสถานประกอบการที่ได้รับการประเมินยกระดับเป็นศูนย์ Wellness จำนวน 43 แห่ง



1. มาตรการสำคัญ

- พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการตามเกณฑ์มาตรฐาน Wellness Center
- ชี้แจง ทำความเข้าใจ ผู้ประกอบการให้เข้าร่วมและยกมาตรฐานสถานประกอบการเป็นศูนย์ Wellness/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
- พัฒนาศูนย์ Wellness ดันแบบ

2. เป้าหมาย

ร้อยละของศูนย์ Wellness (Wellness Center) แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 จากปีที่ผ่านมา

ค่าเป้าหมาย 2569 - 2570		
2568	2569	2570
43 แห่ง	เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 จากปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้น 10 แห่ง)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 24 จากปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้น 13 แห่ง)

4. Quick Win

ไตรมาส

- อบรมผู้ประกอบการตามมาตรฐาน Wellness Center 5 ประเภท จำนวน 10 แห่ง (1.วารินชำราบ 2.สว่างวีระวงศ์ 3.สำโรง 4.เขื่องใน 5.ม่วงสามสิบ 6.สิรินธร 7.เดชอุดม 8.นางะหวาย 9.ตาลชุม 10.นาเยีย)
- สถานประกอบการได้รับการประเมินยกระดับเป็นศูนย์ Wellness จำนวน 3 แห่ง
- สถานประกอบการได้รับการประเมินยกระดับเป็นศูนย์ Wellness จำนวน 6 แห่ง
- สถานประกอบการได้รับการประเมินยกระดับเป็นศูนย์ Wellness จำนวน 10 แห่ง

3. ตัวชี้วัด

สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้รับการยกระดับเป็นศูนย์ Wellness เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 (1. ที่พัก 2. ร้านอาหาร 3. นวดเพื่อสุขภาพ 4. สปาเพื่อสุขภาพ 5.สถานพยาบาล)



นายแพทย์พิภพพงษ์ จันทรแดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เศรษฐกิจดี : เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

ประเด็นนโยบาย : ส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานราก

สถานการณ์ ปี 2568

1. จังหวัดอุบลราชธานี มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับรางวัล ออ.ควอลิตี้ อวอร์ด ปี 2568 ประเภท ผลิตภัณฑ์สุขภาพดีเด่น จำนวน 3 ผลิตภัณฑ์
2. ทุกอำเภอมีสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ถึง 25 อำเภอ ๆ อย่างน้อย 1 แห่ง
3. มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาและได้รับอนุญาตใหม่ จำนวน 41 รายการ (ผลิตภัณฑ์อาหาร) (เป้าหมาย 38 รายการ)

PM : ภก.คำภีร์ เฑมมณตรี
ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข



1. มาตรการสำคัญ

- ทุกอำเภอมีเป้าหมายการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พัฒนาชุมชน เกษตรฯ ประมง ฯลฯ
- สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ดังนี้
 - 1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนตามพ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ.2548
 - 2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม
 - 3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (กำลังเครื่องจักร < 50 แรงม้า คนงานน้อยกว่า 50 คน)
- ทุกอำเภอมีการยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐานและเข้าสู่เกณฑ์การแข่งขันได้ เช่น รางวัล ออ. ควอลิตี้ อวอร์ด OTOP

2. เป้าหมาย

สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ได้รับอนุญาต ผลิตภัณฑ์ได้มาตรฐาน และมีศักยภาพในการแข่งขันได้

3. ตัวชี้วัด

(KPI กระบอง) สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต
ค่าเป้าหมาย : อำเภอละ 1 แห่ง







นายแพทย์พิภพพงษ์ จันทรแดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ระบบดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

PM : นางพรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

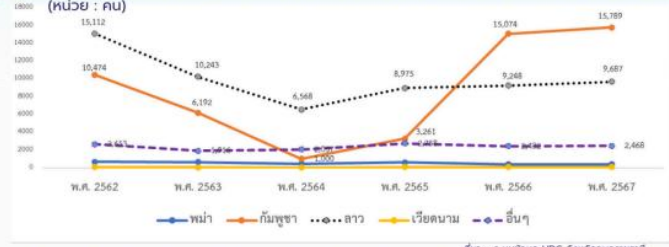
4. เศรษฐกิจดี

สถานการณ์ปี 68

- อุบลราชธานี มีเขตติดต่อชายแดนกับ สปป.ลาว และ ราชอาณาจักรกัมพูชา
- จำนวน 10 อำเภอ ระยะทางตามแนวชายแดนติดต่อ 428 กิโลเมตร
- มีการทำ MOU ไทย-ลาว (อุบลฯ -แขวงจำปาสัก)

เปรียบเทียบมูลค่าการรักษาผู้ป่วยต่างด้าว หน่วยบริการ จ.อุบลราชธานี

ปริมาณการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างด้าวจำแนกชายสัญชาติ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562-2567 (หน่วย : คน)



ที่มา : ระบบข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี

มูลค่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างด้าว (ภาพรวม) จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562-2567 (หน่วย : บาท)



ที่มา : ระบบข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

ระบบดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว



ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

PM : นางพรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. เศรษฐกิจดี



2 มาตรการปี 69



- 1 ส่งเสริมความร่วมมือ ไทย - สปป.ลาว งานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
- 2 พัฒนาระบบส่งต่อ/เฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดน และ ระบบข้อมูลสารสนเทศ งานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
- 3 พัฒนาศักยภาพงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ อสม.บัตดี / อสม.อาเซียน
- 4 พัฒนาศูนย์เรียนรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขชายแดน (จบ กบรส.) (สว.สสวสลิทธิประสงศ์, สว.สิรินธร)
- 5 พัฒนาศูนย์ประสานงานสาธารณสุขชาวต่างชาติ (ศบต.) ตั้งอยู่ สสอ. ทุกอำเภอ
- 6 พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขชาวต่างชาติ (ศบต.) ตั้งอยู่ สว. ทุกแห่ง



ส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าว เข้าร่วมสมัคร M-fund หรือซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตามกฎหมาย เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล

3 ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนและดูแลสุขภาพชาวต่างชาติ
ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5

นโยบาย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2569

5 คนดี

บุคลากรมีขวัญกำลังใจ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

นางพรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

รรมาภิบาล : การควบคุมภายใน



ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

PM : นายพิทักษ์ ทองทวน

ผู้อำนวยการศูนย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. คนดี



1 สถานการณ์ปี 68

- การรับรู้มูลค่าสินทรัพย์ไม่ตรงกับ GFMS = 60 แห่ง
- ร่าง TOR ไม่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด = 35 แห่ง
- เบิกค่าใช้จ่ายไปราชการ ไม่ผ่านการอนุมัติก่อนไป = 3 แห่ง
- ใบรับรองแทนใบเสร็จ ไม่ถูกต้องตามระเบียบ = 3 แห่ง

2 มาตรการปี 69

01

มาตรการที่ 1 สำหรับและวิเคราะห์สถานการณ์

- วิเคราะห์ผลการประเมินตรวจสอบภายในด้วยระบบ EIA
- รายงานการประเมินองค์ประกอบควบคุมภายใน (ปค.4) และรายงานการประเมินผล (ปค.5)

02

มาตรการที่ 2 เพิ่มศักยภาพบุคลากรและคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

- จัดประชุมคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
- ชี้แจงผลการตรวจสอบภายใน (Feedback)
- เพิ่มศักยภาพบุคลากรในระดับหน่วยงาน sw./สสอ.

03

มาตรการที่ 3 กำกับติดตาม,ประเมินผล

- ออกตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัด
- กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินผลประเด็นข้อบกพร่องที่มีนัยสำคัญ

3 ตัวชี้วัด



ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เป้าหมาย ความสำเร็จระดับ 5)

ไตรมาส 1

- หน่วยงานที่พบความเสี่ยงปี 68 ได้รับการตรวจติดตามความเสี่ยงและผลการตรวจสอบภายใน
- ค่าเสี่ยงตั้งแต่ คคก.ประเมินระบบควบคุมภายใน
- ค่าเสี่ยง คคก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอ

4

SMALL SUCCESS



ไตรมาส 2

- หน่วยงานในสังกัดประเมินระบบควบคุมภายใน
- หน่วยงานในสังกัดได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในทุกแห่ง

ไตรมาส 3

- หน่วยงานในสังกัดพบความเสี่ยงที่มีนัยสำคัญจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและแผนพัฒนาองค์กร
- หน่วยงานในสังกัดแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะครบทุกหน่วย

ไตรมาส 4

- -

การประเมิน ITA และ การจัดการเรื่องร้องเรียน



ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มกฎหมาย

PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. คนดี



1 สถานการณ์ปี 68

- ปี 68 หน่วยงานผ่านการประเมิน ITA 100 %
- พบว่า 2 เครื่องข่ายมีความเสี่ยงด้านกระบวนการ และเอกสาร (บุคลากร, ทุ่งศรีอุดม)
- ปี 68 มีเรื่องร้องเรียน
 - ด้านบริหาร 22 เรื่อง
 - ด้านพฤติกรรมบริการ 19 เรื่อง และจัดซื้อจัดจ้าง 1 เรื่อง

2 มาตรการปี 69

1 การประเมิน ITA

- มาตรการปลูกจิตสำนึกด้านทุจริต
- ส่งเสริมการเปิดเผย ความโปร่งใส
- ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม
- หน่วยงานประเมิน ITA ทุกไตรมาส



2

การจัดการเรื่องร้องเรียน

- จัดระบบรับเรื่องร้องเรียน
- พัฒนาศักยภาพ ทีมใกล้เคียง ทีม Care D+ team
- วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา RCA และทบทวนกระบวนการแก้ไขปัญหา
- ลดเรื่องร้องเรียนในองค์กร

3 ตัวชี้วัด



1. ร้อยละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ในไตรมาสที่ 4 (94 %)
2. อัตราเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ลดลงจากปีที่ผ่านมา

ไตรมาส 1

- จัดตั้ง คคก.รับเรื่องร้องเรียน
- วิเคราะห์ปัญหา
- กิจกรรมเจตจำนงสุจริต
- เรื่องร้องเรียนลดลงจากปีที่ผ่านมา

ไตรมาส 2

- เรื่องร้องเรียนลดลงจากปีที่ผ่านมา

ไตรมาส 3

- เรื่องร้องเรียนลดลงจากปีที่ผ่านมา

ไตรมาส 4

- เรื่องร้องเรียนลดลงจากปีที่ผ่านมา
- หน่วยงานผ่านการประเมิน ITA >94%



PMQA

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณห์
ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. คนดี



1

สถานการณ์ปี 68

- เป้าหมาย หน่วยงาน สสจ. และ สสอ.ประเมิน PMQA คสท. ทั้ง 26 หน่วยงาน (100 %)





2

มาตรการปี 69

01

สสจ. และ สสอ. ประเมิน PMQA



- ส่งเอกสารการประเมิน PMQA
- จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำ PMQA ปี69 เน้นหมวด 7 (ผลลัพธ์)

02

กระตุ้นหน่วยงานในสังกัด ส่งผลงานประกวด รางวัลเลิศรัฐ (กพร.)

- ค้นหาเรื่องเด่นในองค์กร** ระดับจังหวัดและอำเภอ
- ศึกษารายละเอียดเกณฑ์การประกวด** ประเภทต่าง ๆ และแนวทางการส่งเอกสารผลงาน **"รางวัลเลิศรัฐ"**
- สมัคร** ขอรับรางวัลเลิศรัฐ
- เขียนผลงาน เสนอตามแนวทางขอรับรางวัลเลิศรัฐ
- กำกับติดตาม ประสานที่ปรึกษาระดับจังหวัด**
- ส่งผลงาน

3

ตัวชี้วัด



- หน่วยงานส่งเอกสารประกอบการประเมิน PMQA ตามห้วงระยะเวลา ถูกต้องทันเวลา (100 %)
- หน่วยงานสังกัด สนง.สสจ.อุบลราชธานี **ได้รับรางวัลเลิศรัฐ** ประจำปี 2569 **อย่างน้อย 1 เรื่อง**



HRM HRD HRP

พัฒนาการเรียนรู้บุคลากร หลักสูตร E-LEARNING

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

PM : นางพรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. คนดี



1

สถานการณ์ปี 68

- พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยใช้เทคโนโลยี เข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบงานบุคลากร
- มีทีมนักวิจัย
- ทีมพัฒนานักวิจัย

2

มาตรการปี 69



- บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ 25 อำเภอ
- มีการ **พัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อสายงานด้วยกระบวนการ E – Learning** ตามหลักสูตรใน OCSC Learning Portal

ศูนย์การเรียนรู้ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบบูรณาการ ของสำนักงาน ก.พ. หรือหน่วยงานอื่น

3

เป้าหมาย

- บุคลากรสังกัด สนง.สสจ.อุบลราชธานี **เรียนหลักสูตร E-Learning อย่างน้อย 2 หลักสูตร ต่อปี** (เก็บหลักฐานใบ Certificate ผ่านการอบรม)

4

ตัวชี้วัด

- ร้อยละบุคลากรในสังกัด สนง.สสจ.อุบลราชธานี ผ่านการอบรมหลักสูตร E-Learning ปีละอย่างน้อย 2 หลักสูตร (100%)**

HRM HRD HRP พัฒนางานวิจัย และนวัตกรรม



5. คนดี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

PM : ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



- 1 สถานการณ์**
 - ปี 2566 = ผลงานวิชาการ 170 เรื่อง
 - ปี 2567 = ผลงานวิชาการ 325 เรื่อง
 - ปี 2568 = ผลงานวิชาการ 456 เรื่อง
- 2 มาตรการปี 69**
 - มีรายงานการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัยอย่างน้อย อำเภอละ 2 เรื่อง
 - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ในเวทีวิชาการ /วารสารวิชาการ
- 3 เป้าหมาย**
 - เป้าหมาย มีผลงานวิจัย/นวัตกรรม อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง
 - มีการนำไปใช้ประโยชน์งานวิจัย /นวัตกรรม อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
- 4 ตัวชี้วัด**
 - ระดับความสำเร็จการดำเนินงานวิจัย R2R นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อนำไปใช้ (ความสำเร็จระดับ 5)



การส่งผลงานวิชาการ ข้าราชการในหน่วยงานที่มีคุณสมบัติ เพื่อเลื่อนระดับ ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดทำผลงานวิชาการ



5. คนดี

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

PM : นางھرษา ชื่นชุมพล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



- 1 สถานการณ์**
 - ปี 67 ส่งผลงาน 165 ราย เลื่อนระดับชำนาญการ 71 ราย (43.03%)
 - ปี 68 ส่งผลงาน 154 ราย เลื่อนระดับชำนาญการ 92 ราย (59.74%)
 - ณ วันที่ 20 ต.ค.68 ข้าราชการระดับปฏิบัติการ (อายุราชการเกิน 6 ปี) จำนวน 209 ราย (ไม่รวมข้าราชการตามหลักเกณฑ์ ว154, ว235)
- 2 มาตรการ**
 - การประเมินเพื่อเลื่อนระดับ ถูกต้อง โปร่งใส กั้นเวลา
 - การบริหารตำแหน่งว่าง (ไม่เกิน 2 เดือน)
 - กระตุ้นและติดตาม ให้ส่งผลงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3 เป้าหมาย**

ข้าราชการประเภทวิชาการในหน่วยงาน ผู้มีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ ส่งผลงานวิชาการ เพื่อประเมินบุคคลและประเมินผลงาน (เกณฑ์ > 70%)
- 4 SMALL SUCCESS**

ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการประเมินเพื่อเลื่อนระดับ



ไตรมาส 1

สำรวจข้อมูลผู้มีคุณสมบัติที่จะส่งประเมินผลงานวิชาการตามหลักเกณฑ์ พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติบุคคลตามหลักเกณฑ์

ไตรมาส 2

ประชุมชี้แจงแนวทางในการจัดทำผลงานวิชาการ ดังนี้

1. แบบขอประเมินบุคคล
2. แบบขอประเมินผลงาน
3. เอกสารพิจารณาขอขึ้นเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกี่ยวทับตำแหน่งที่ขอประเมิน (เฉพาะกรณีขอเกี่ยวทับ)

ไตรมาส 3

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติบุคคลให้ถูกต้องก่อนนำเสนอระดับจังหวัด

ไตรมาส 4

- ติดตามประเมินผลการส่งผลงานวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการประเมินเพื่อเลื่อนระดับ





นโยบาย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2569

ดี+

**น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ,
โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ**

ทางรรษา ชื่นชูผล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พลังแห่งความภักดี



ดี +

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1 สถานการณ์ปี 68

- รวมพลังแห่งความภักดีถวายเป็นพระราชกุศล “สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง”



2 มาตรการปี 69

1

- กิจกรรมรวมพลังแห่งความจงรักภักดีถวายเป็นพระราชกุศล
- จิตอาสา บริจาคโลหิต บริจาคอวัยวะดวงตา (kick off 7 พย.68)



2

- ภารกิจ ถวายความปลอดภัยด้านการแพทย์พระบรมวงศานุวงศ์



3

- โครงการตามพระราชดำริทุกโครงการ เช่น ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



4

- ดูแลเยี่ยมบ้าน, ติดตามการรักษาผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ทุกพระองค์



โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



ดี +

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณน์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



1 สถานการณ์ปี 68

- เรือนจำกลางอุบลราชธานี (หน่วยงาน sw.สรรพสิทธิ์ รับผิดชอบดูแล)
- ผู้ต้องขังแรกเริ่ม คัดกรอง CXR 100%
- ผลงาน รองชนะเลิศ ระดับประเทศ “ประเภทเรือนจำขนาดใหญ่” ปี 2566-67

2 มาตรการปี 69

1 จัดบริการด้านสุขภาพต่อเนื่อง



- บริการสุขภาพ จนท.สธ.เข้าไปให้บริการ
- บริการทันตกรรม, ฉีดวัคซีน ตามแผน

2 สถานพินิจคุ้มครองเด็ก ขึ้นทะเบียนเป็นลูกข่าย NPCU หัวเรือ สสอ.เมือง



- บริการรับรักษา, ส่งเสริมสุขภาพ, ควบคุมป้องกันโรค
- ส่งต่อ sw.๕๐ พรรษา ฯ กรณีฉุกเฉิน

3 จัดระบบบริการสุขภาพตรวจมาตรฐานอาหารปลอดภัยจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย



- จัดการด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ (ตามแผน)

ไตรมาส 1

- ประชุม คกก.ราชทัณฑ์ปันสุข ฯ
- จัดบริการตามมาตรฐาน 6 เรื่อง

3 SMALL SUCCESS

ไตรมาส 2

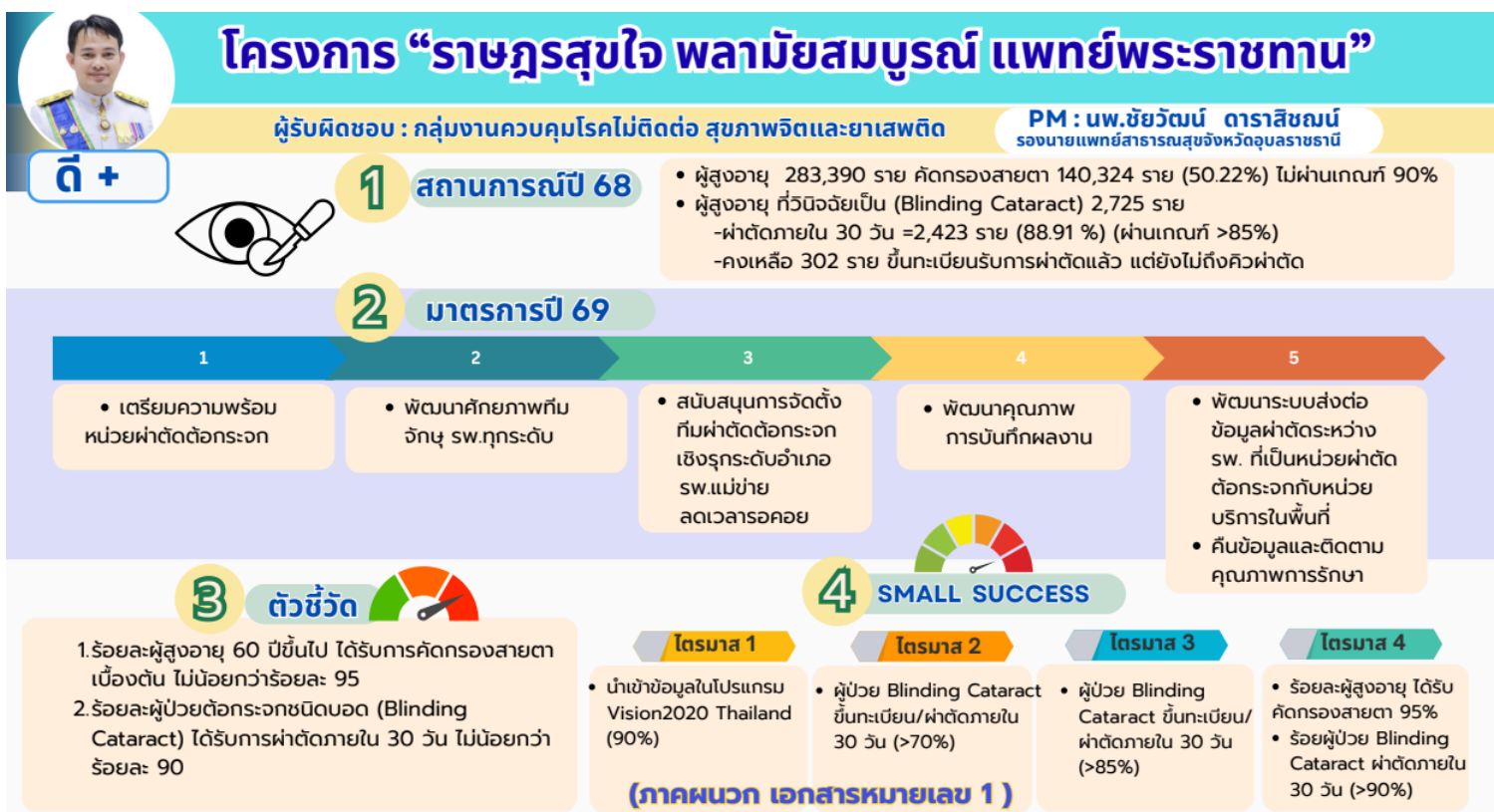
- ตรวจประเมินระบบภายในเรือนจำ
- จัดบริการตามมาตรฐาน 6 เรื่อง

ไตรมาส 3

- ประชุม คกก.ราชทัณฑ์ปันสุข ฯ
- จัดบริการตามมาตรฐาน 6 เรื่อง

ไตรมาส 4

- จัดบริการตามมาตรฐาน 6 เรื่อง



ผ่าตัดต่อกระดูกขาความออสัยและกิจกรรมน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณณ์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ดี +

1

มาตรการปี 69

- ให้ทุกอำเภอเตรียมความพร้อม เพื่อจัดกิจกรรมถวายความอาลัยร่วมทำความดี ถวายแด่พระราชกุศล



1

- จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่/แพทย์อาสา

2

- บริการเฉพาะทางหน่วยผ่าตัดตา
- ทุกอำเภอคัดกรองเบื้องต้น พบสายตาสั้นผิดปกติ ส่งต่อ จักษุแพทย์ เพื่อ Dx และขึ้นทะเบียนรับการผ่าตัด
- หน่วยผ่าตัดตา 6 หน่วย (สว.สสพลสิทธิ์/สว.๕๐พรรษา/สว.วารินชำราบ/สว.ตระการพิชผล/สว.เดชอุดม/สว.ค่ายสสพลสิทธิ์ประสงค์)

3

- บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ประชาสัมพันธ์โครงการ ค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษา

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 2)

2

QUICK WIN

เป้าหมายการดำเนินกิจกรรม



เป้าหมายการผ่าตัดต่อกระดูก	เป้าหมายการผ่าตัดต่อกระดูก		
	ผลงานการผ่าตัด ปี 68	เป้าหมาย 100 วัน	เป้าหมาย 1 ปี
เขตสุขภาพที่ 10	11,773 ราย	5,532 ราย	11,480 ราย
จังหวัดอุบลราชธานี	2,423 ราย	1,110 ราย	2,500 ราย

โครงการ “คัดกรองมะเร็งเต้านมโดย MAMMOGRAM เฉลิมพระเกียรติ”

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

PM : นพ.ชัยวัฒน์ ดาราสิขณณ์
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ดี +

1

สถานการณ์ 68

- เป้าหมายคัดกรอง 355,364 คน ผลงาน = 258,721 คน (72.80 %) พว CA = 61 คน
- คัดกรองมะเร็งเต้านม โดยมูลนิธิกาญจนบารมี = 3,721 คน MMG+US = 760 คน U/S = 43 คน พว BIRAD1 = 289 คน, BIRAD2 = 428 คน BIRAD3 = 66 คน BIRAD4 = 18 คน, BIRAD5 = 6 คน ส่งต่อ 24 คน พว CA = 6 คน

2

มาตรการปี 69

(ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 3)



01

- กำหนดพื้นที่ดำเนินการ 10 อำเภอ (เมือง, ม่วงสามสิบ, ทุ่งขามป้อน, ตระการพิชผล, โขงเจียม, พิบูลมังสาหาร, วารินชำราบ, เหล่าเสือโก้ก, ดอนมดแดง, ตาลชุม)



02

- สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมหญิง 40-70 ปี โดย จน.ส.ร. (CBE)



03

- จัดบริการตรวจคัดกรองโดยเครื่อง MMG ร่วมกับ มูลนิธิกาญจนบารมี (พค.-กค.69)
- ผู้มีผล MMG ผิดปกติ ได้รับการส่งต่อ 100%
- ผู้มีผลการ Dx เป็นมะเร็งได้รับการรักษา 100%

3

ตัวชี้วัด

1. สตรี 30-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และโดย จน.ส.ร. (เกณฑ์ 80%)
2. สตรีที่พบความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้รับการ MMG (100%)

4

SMALL SUCCESS



ไตรมาส 1

- อำเภอพื้นที่ดำเนินการ จัดทำแผน/โครงการ
- จัดกิจกรรม (พค.-กค.69)

ไตรมาส 2

- คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บฐานข้อมูลรายชื่อ ผู้มีผลการตรวจผิดปกติ ผู้มีความเสี่ยงสูง

ไตรมาส 3

- จัดกิจกรรมบริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่อง MMG ร่วมกับ มูลนิธิกาญจนบารมี (พค.- กค. 69)

ไตรมาส 4

- ผู้มีผลตรวจเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา (100%)



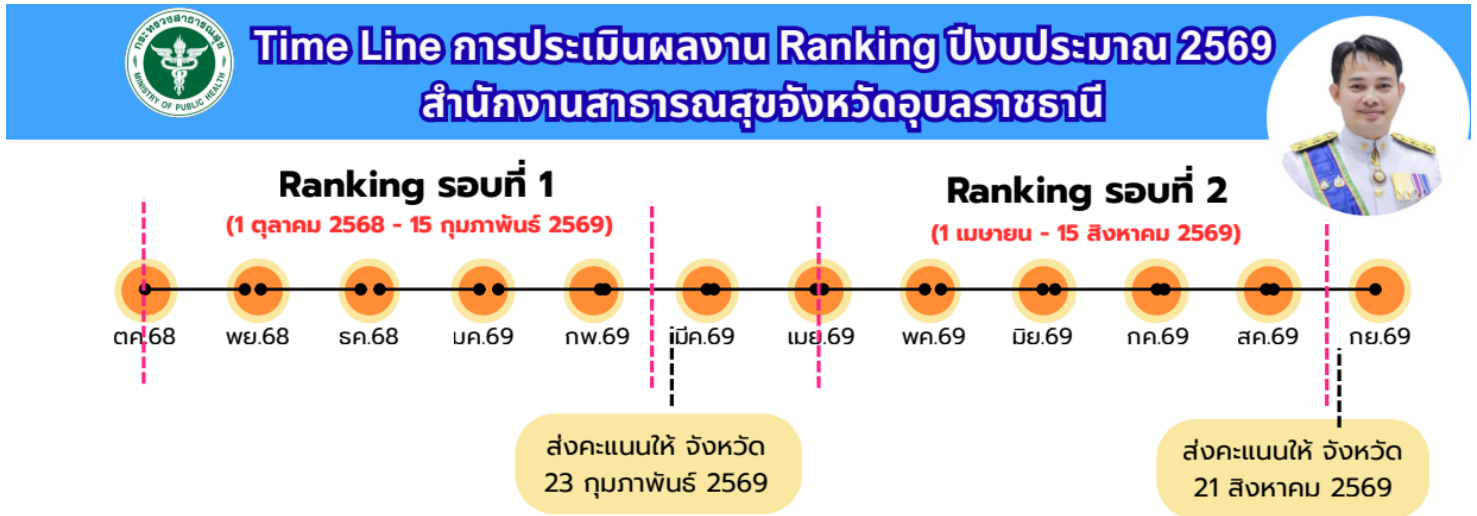
เป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลและถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง สวรรคต "รวมใจพลสมันกร ร่วมทำความดีถวายเป็นพระราชกุศล"		
จังหวัดอุบลราชธานี		
อำเภอ	เป้าหมาย 100 วัน	เป้าหมาย 1 ปี
เมืองอุบลราชธานี	3,480	36,293
ศรีเมืองใหม่	486	5,063
โขงเจียม	181	1,892
เขื่องใน	664	6,922
เขมราฐ	1,163	12,128
เดชอุดม	2,156	22,483
นาจะหลวย	619	6,457
น้ำยืน	900	9,381
บุญพิริย	1,111	11,585
ตระการพืชผล	1,066	11,122
กุดข้าวปุ้น	490	5,107
ม่วงสามสิบ	707	7,372
วารินชำราบ	1,596	16,643
พิบูลมังสาหาร	1,287	13,417
ตาลสม	206	2,148
โพธิ์ไทร	571	5,952
สำโรง	768	8,014
ดอนมดแดง	51	535
สิรินธร	745	7,766
ทุ่งศรีอุดม	386	4,030
นาเยีย	-	-
นาตาล	307	3,197
เหล่าเสือโก้ก	21	214
สว่างวีระวงศ์	278	2,903
น้ำขุ่น	413	4,303
รวม	19,651	204,928

แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

เป้าหมายการดำเนินงานกิจกรรมนำตัดต่อกระจายความอภัย และกิจกรรมน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง สวรรคต "รวมใจพสกนิกร ร่วมทำความดีถวายแด่พระราชกุศล" (กิจกรรมที่ 2)

โซน	อำเภอ	เป้าหมาย ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จาก HDC	เป้าหมาย การคัด กรองใน ชุมชน (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย การคัด กรองโดย ทีมสุขภาพ	เป้าหมาย การนำตัด ปี 2569	เป้าหมาย การนำตัด 100 วัน	เป้าหมาย การนำตัด 1 ปี
1	เมืองอุบลราชธานี	37,341	37,341	11,202	504	163	329
	ม่วงสามสิบ	14,765	14,765	4,430	199	64	130
	เขื่องใน	20,725	20,725	6,218	280	90	183
	ดอนมดแดง	4,266	4,266	1,280	58	19	38
	เหล่าเสือโก้ก	4,394	4,394	1,318	59	19	39
	ตาลชุม	4,690	4,690	1,407	63	20	41
	รวม	86,211	86,211	26,637	1,123	375	760
2	ตระการพืชผล	20,537	20,537	6,161	277	89	181
	เขมราฐ	11,817	11,817	3,545	160	51	104
	กุดข้าวปุ้น	6,550	6,550	1,965	88	29	58
	โพธิ์ไทร	6,518	6,518	1,955	88	28	57
	นาตาล	5,698	5,698	1,709	77	25	50
	ศรีเมืองใหม่	10,719	10,719	3,216	145	47	95
	รวม	61,839	61,839	19,573	835	272	545
3	พิบูลมังสาหาร	19,696	19,696	5,909	266	86	174
	สิรินธร	6,617	6,617	1,985	89	29	58
	โขงเจียม	5,036	5,036	1,511	68	22	44
	วารินชำราบ	24,417	24,417	7,325	330	106	215
	สำโรง	8,380	8,380	2,514	113	36	74
	นาเยีย	4,027	4,027	1,208	54	18	36
	สว่างวีระวงศ์	4,639	4,639	1,392	63	20	41
	รวม	66,802	66,802	20,844	923	307	618
4	เดชอุดม	25,391	25,391	7,617	343	111	224
	บุณฑริก	12,663	12,663	3,799	171	55	112
	น้ำยืน	8,554	8,554	2,566	115	37	75
	นาจะหลวย	7,618	7,618	2,285	103	33	67
	ทุ่งศรีอุดม	4,020	4,020	1,206	54	18	35
	น้ำขุ่น	4,312	4,312	1,294	58	19	38
	รวม	62,558	62,558	19,769	844	273	551
รวม		283,390	283,390	85,017	3,826	1,110	2,500

การประเมินผล ปีงบประมาณ 2569



การจัดกลุ่มอำเภอ แบ่งเป็น 4 กลุ่มอำเภอ

1. อำเภอถ่ายโอน sw.สต. 100 % (3 อำเภอ) (เหล่านี้อีก, ดอนมดแดง, นาเยีย)
2. อำเภอถ่ายโอน sw.สต.ระหว่าง 30-99 % (5 อำเภอ) (ม่วงสามสิบ, เขื่องใน, ตาสุม, ศรีเมืองใหม่, โขงเจียม)
3. อำเภอถ่ายโอน sw.สต.< 30% (7 อำเภอ) (ตระการพืชผล, นาตาล, วารินชำราบ, พิบูลมังสาหาร, สว่างวีระวงศ์, นาจะหลวย, บุณฑริก)
4. อำเภอไม่ถ่ายโอน sw.สต. (10 อำเภอ) (เมือง, เขมราฐ, กุดข้าวปุ้น, โพธิ์ไทร, สำโรง, สรินธร, เดชอุดม, น้ำยืน, น้ำขุ่น, กุ้งศรีอุดม)

ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2569

วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (Vision)

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

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

เป้าประสงค์หลัก (Goals)

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

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue) สอดคล้องกับ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข

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

ค่านิยมองค์กร

M = Mastery (เป็นนายตนเอง)

O = Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่)

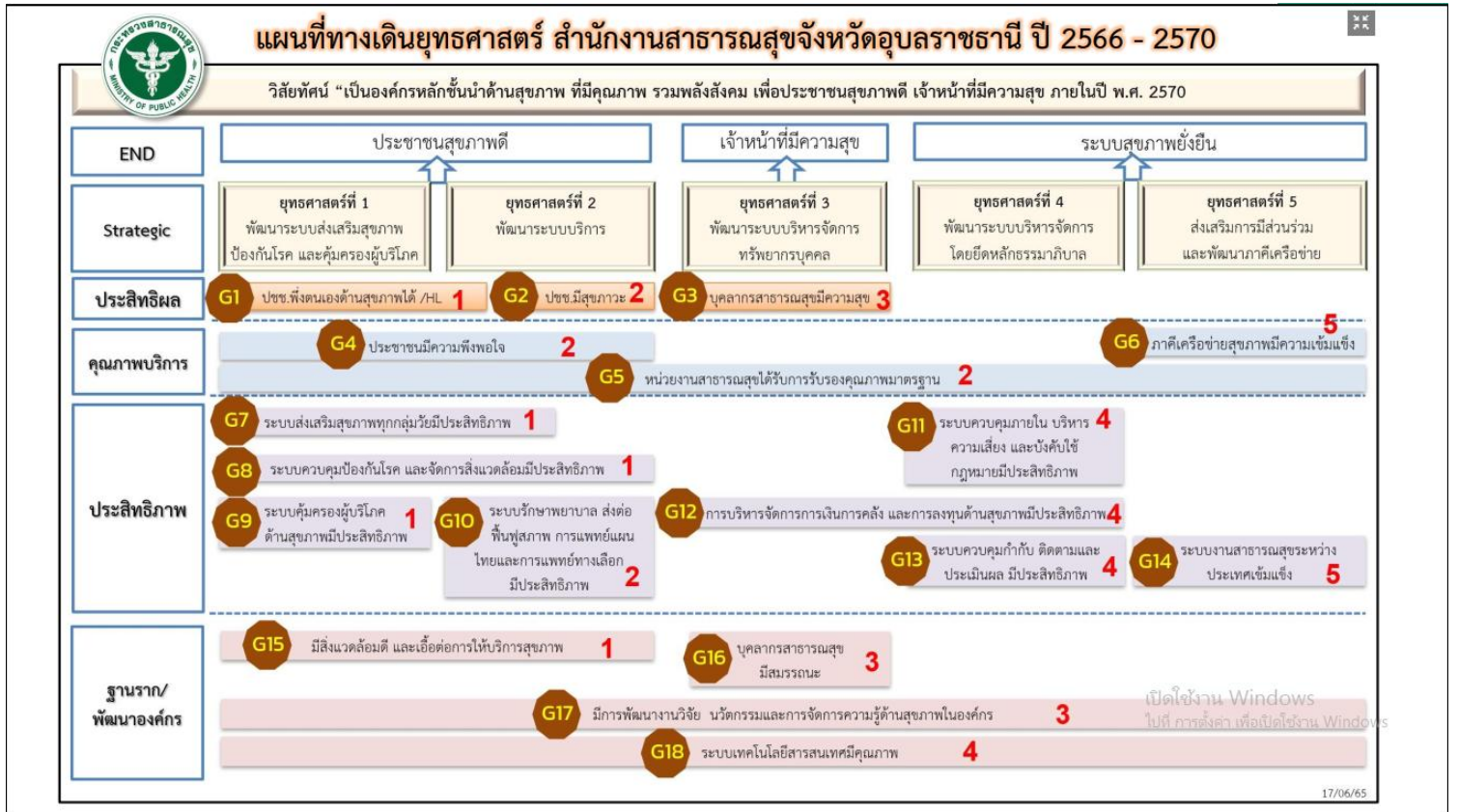
P = People centered approach (ใส่ใจประชาชน)

H = Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)

วัฒนธรรมองค์กร

“รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา พัฒนาเป็นนิจ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม”

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 - 2570



แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569



ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2569 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	คำเป้าหมาย	น้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
 1. ระบบบริการดี : เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการเชิงพื้นที่ลดความเหลื่อมล้ำ				
1.1 โครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ พอไต่ฟรีได้ทุกแห่ง				
	R 1 ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการให้ประชาชนเข้าถึงบริการพอกไต่ฟรี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
1.2 One Province One Hospital				
	R 2 ระดับความสำเร็จการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตามนโยบาย SAP	ความสำเร็จระดับ 5	3	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	R 3 ระดับความสำเร็จการพัฒนาตามนโยบาย One Province One Labor room	ความสำเร็จระดับ 5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
1.3 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการปฐมภูมิ				
	R 4 หน่วยบริการ PCU/NPCU ได้รับการประเมินคุณภาพมาตรฐานตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	จำนวน 51 ทีม	2	ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
	R 5 ระดับความสำเร็จการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
1.4 Service Excellence				
	R 6 ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐาน HA	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	R 7 ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	R 8 ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	R 9 ระดับความสำเร็จการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ความสำเร็จระดับ 5	3	ควบคุมโรคติดต่อ
	R 10 ระดับความสำเร็จการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
	R 11 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (เฉพาะระบบสมัครใจ) ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	มากกว่าร้อยละ 70	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
	R 12 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาล RLU Plus ตามที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	น้ำหนัก คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
	R 13 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรค OVCCA	ความสำเร็จระดับ 5	2	ควบคุมโรคติดต่อ
	R 14 ร้อยละกลุ่มผู้มีความเสี่ยง CCA ได้รับการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์	100 %	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 15 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและมะเร็งปากมดลูก	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 16 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	ควบคุมโรคติดต่อ
	R 17 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 ในเด็ก อายุ 2 ปี	>95 %	1.5	ควบคุมโรคติดต่อ
	R 18 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มมากกว่าปีที่ผ่านมา	เพิ่มจากปีที่ผ่านมา 10%	2	แพทย์แผนไทย
	R 19 ระดับความสำเร็จของ <u>การบริหารจัดการ</u> ด้านทันตสาธารณสุข	ความสำเร็จระดับ 5	1	ทันตสาธารณสุข
	R 20 ระดับความสำเร็จ การบริการด้านทันตสาธารณสุข ของกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	3	ทันตสาธารณสุข
	R 21 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการส่งเสริม การดำเนินกิจกรรมโรงเรียน ออ.น้อย , โรงเรียน ออ.น้อย พลัส ,ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.	ความสำเร็จระดับ 5	2	คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
	R 22 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้อมูลแพทย์ ประวัติการใช้ยา กับโปรแกรมการบริการ ของโรงพยาบาล (One Data One Pharmacy Ubon Ratchathani)	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	คำเป้าหมาย	น้ำหนัก คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
1.5 EOC				
	R 23 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	>ร้อยละ 28	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 24 ระดับความสำเร็จการวางระบบ DCIR และการ รายงานที่ถูกต้อง ทันเวลา ของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
 2. สุขภาพดี : สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง สุขภาพดีทุกกลุ่มวัย				
1) สุขภาพกลุ่มวัย				
1.1 กลุ่มแม่และเด็ก (สุขภาพมารดาและทารก, พัฒนาการสมวัย, IQ ดี)				
	R 25 ระดับความสำเร็จการป้องกันมารดาตายคลอด ZERO (ZERO MMR)	ความสำเร็จระดับ 5	1	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 26 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย	ความสำเร็จระดับ 5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
1.2 วัยเรียน วัยรุ่น (EQ ดี การป้องกันยาเสพติด, ป้องกันบุหรี่ยาเสพติด - สุรา, โครงการ TO BE NUMBER ONE)				
	R 27 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 28 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้า	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
1.3 วัยทำงาน (พฤติกรรมสุขภาพดี, การป้องกันโรค NCDs)				
	R 29 ระดับความสำเร็จในการตรวจสุขภาพประชาชน การติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย และการ ควบคุมโรคได้ดีของโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 30 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน DM Remission ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิต และยาเสพติด
	R 31 ร้อยละการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ และสามเณร	>ร้อยละ 80	1	ส่งเสริมสุขภาพ
1.4 ผู้สูงอายุ (ลดภาวะพึ่งพิง, ตำบล Long Term Care)				
	R 32 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ความสำเร็จระดับ 5	2	ส่งเสริมสุขภาพ
2) Health Literacy : 3 รู้ก็อยู่รอด : รอบรู้ข้อมูลสุขภาพ / ตระหนักรู้สุขภาพตนเอง / รู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ				
	R 33 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Health Literacy	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ				
	R 34 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารตามแนวทางจังหวัดอาหารปลอดภัย	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ่มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	R 35 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (CGHP : COMPLAINT AND ENFORCEMENT MANAGEMENT CENTER)	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ่มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
4) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี				
4.1 โรงพยาบาลคาร์บอนเครดิต				
	R 36 ระดับความสำเร็จการวางระบบและการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนเครดิต	ความสำเร็จระดับ 5	1	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
4.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล				
	R 37 ระดับความสำเร็จ ของอำเภอ มีการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่	ความสำเร็จระดับ 5	3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
4.3 การพัฒนาสถานบริการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL CHALLENGE				
	R 38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	>ร้อยละ 95	3	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
4.4 การพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย Environment Modernization and Smart Service (EMS)				
	R 39 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ EMS : (Environment, Modernization and Smart Service)	ความสำเร็จระดับ 5	1	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
 3. เทคโนโลยีดี : หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการ ผ่านเทคโนโลยี				
	R 40 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ <u>โรงพยาบาลอัจฉริยะ</u> ระดับทองขึ้นไป	ความสำเร็จระดับ 5	1	สุขภาพดิจิทัล
	R 41 ร้อยละของการส่งภาพ X-Ray เข้าสู่ระบบ Imaging Data Hub ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	100%	1	สุขภาพดิจิทัล (ผู้เก็บข้อมูลกลุ่มงานรังสีการแพทย์ รพ.ในพื้นที่)
	R 42 ร้อยละของการใช้งาน Telemedicine ใน <u>โรงพยาบาล</u> สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	มากกว่าหรือเท่ากับ 20% ของ OP visit ของ รพ.	1	สุขภาพดิจิทัล
	R 43 ร้อยละของการใช้งาน Telemedicine ใน <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> (รพ.สต.) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	มากกว่าหรือเท่ากับ 10% ของ OP visit รพ.สต.	1	สุขภาพดิจิทัล

	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
	R 44 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการประเมิน Cyber Security (เกณฑ์ปี 2569)	100%	1	สุขภาพดิจิทัล
	R 45 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ยื่นคำขอ รับรองมาตรฐาน HAIT plus Lev.1	100%	1	สุขภาพดิจิทัล
 4. เศรษฐกิจดี : เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ				
1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
	R 46 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน TPs	Grade A+B ≥80%	5	ประกันสุขภาพ
2) สมุนไพรไทยและการแพทย์ทางเลือก				
	R 47 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	ความสำเร็จระดับ 5	4	แพทย์แผนไทย
	R 48 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานราก ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับอนุญาต และสามารถแข่งขันได้	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
3) หมอนวดไทยมืออาชีพ				
	-	-	-	-
4) ระบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว				
	R 49 ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์ประสานงานสาธารณสุขผู้ป่วยต่างชาติ (ศสต.) / และศูนย์บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติ (สบต.) ระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	ยุทธศาสตร์
 5. คนดี : บุคลากรมีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี				
1) ธรรมาภิบาล				
	R 50 ระดับความสำเร็จ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ <u>การประเมิน ITA และ มีกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน</u> อย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2	กฎหมาย
	R 51 ระดับความสำเร็จหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดการ <u>ระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</u> ที่มีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	บริหารทั่วไป
	R 52 ระดับความสำเร็จหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมินการบริหารสินทรัพย์และการขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ที่มีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	บริหารทั่วไป

	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
	R 53 ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีกระบวนการ พัฒนา PMQA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	R 54 ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ ของ คปสอ. ปีงบประมาณ 2569	ความสำเร็จระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์
	R 55 ระดับความสำเร็จการบริหารงบประมาณปีงบประมาณ 2569	ความสำเร็จระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์
2) แผนบริหารจัดการบุคลากร, แผนพัฒนาบุคลากร				
	R 56 ร้อยละของเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติประเมินเลื่อนระดับ (ปฏิบัติการเป็นชำนาญการ) สามารถเลื่อนระดับได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	> 70% -ข้อร้องเรียนไม่เกิน 5%	2	บริหารทรัพยากรบุคคล
3) สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย				
	-	-	-	-
4) พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม				
	R 57 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อการนำไปใช้	ความสำเร็จระดับ 5	2	บริหารทรัพยากรบุคคล
5) บุสต์ อสม. ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยกระดับเพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน				
	R 58 ระดับความสำเร็จการยกระดับ อสม.ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่แต่ละ คปสอ.	ความสำเร็จระดับ 5	2	ปฐมนิเทศและเครือข่ายสุขภาพ
 6. ตี + น้อมนำการพัฒนาตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ				
	R 59 ระดับความสำเร็จ การดำเนินงานดูแลสุขภาพ, ติดตามเยี่ยมบ้าน และการบันทึกผลงานการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์	ความสำเร็จระดับ 5	1	ยุทธศาสตร์
	R 60 ร้อยละผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ)	>90%	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
	R 61 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ <u>ลดลงจากปีที่ผ่านมา</u>	<u>ลดลง > ร้อยละ 10</u> จากปีที่ผ่านมา	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
	R 62 สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และ ตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ)	>80%	0.5	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด

ตัวชี้วัดผู้บริหารสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2569

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
 ตัวชี้วัดประเมินผู้อำนวยการโรงพยาบาล			
1. ผลงานการประเมิน TPs โรงพยาบาล			ประกันสุขภาพ
2. ผลงานการบริการแพทย์แผนไทย, การใช้สมุนไพร			แพทย์แผนไทย ฯ
3. ผลงานวิชาการ,งานวิจัย, รางวัลการประกวด			บค. + ยุทธศาสตร์
4. นโยบาย One Province One Hospital (นโยบายSAP)			พัฒนารูปแบบ
5. งานจิตเวชและยาเสพติด			NCD
6. การเบิกจ่ายงบประมาณ			ยุทธศาสตร์
7. การจัดการเรื่องร้องเรียนภายในเวลาที่กำหนด			กฎหมาย
8. นโยบาย One Health			ยุทธศาสตร์
9. การบริหารสินทรัพย์/ขึ้นทะเบียนสิ่งปลูกสร้าง			บริหาร
10.ภาวะผู้นำ			ยุทธศาสตร์
11.ผลงานคะแนน Ranking			ยุทธศาสตร์

 ตัวชี้วัดประเมิน สาธารณสุขอำเภอ			
1. ผลงานการบริการแพทย์แผนไทย, การใช้สมุนไพร			แพทย์แผนไทย ฯ
2. ผลงานบำบัดสิ่งปฏิกูล			อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
3. ผลงานวิชาการ,งานวิจัย, รางวัลการประกวด			บค. + ยุทธศาสตร์
4. การเบิกจ่ายงบประมาณ			ยุทธศาสตร์
5. นโยบาย One Health			ยุทธศาสตร์
6. การจัดการเรื่องร้องเรียนภายในเวลาที่กำหนด			กฎหมาย
7. การบริหารสินทรัพย์/ขึ้นทะเบียนสิ่งปลูกสร้าง			บริหาร
8. ภาวะผู้นำ			ยุทธศาสตร์
9. ผลงานคะแนน Ranking			ยุทธศาสตร์



รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking

(Template Ranking)

ปีงบประมาณ 2569

Template Ranking ปี 2569

1.ระบบบริการดี





นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (1.ระบบบริการดี)

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 1)	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟอกไตฟรี (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) หมายถึง กระบวนการรักษาเพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายทดแทนการทำงานของไตที่เสื่อมสภาพหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ดังนี้ 1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) คือ กระบวนการบำบัดทดแทนไตที่ใช้เครื่องไตเทียมช่วยกรองของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด เลือดจะถูกดึงออกจากร่างกายผ่านหลอดเลือด แล้วส่งผ่านตัวกรองในเครื่องไตเทียมซึ่งจะกำจัดของเสีย จากนั้นเลือดที่สะอาดจะถูกส่งกลับเข้าสู่ร่างกาย โดยทั่วไปการรักษาจะใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง และทำประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) คือ กระบวนการบำบัดทดแทนไตที่ใช้เยื่อช่องท้องทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด มี 2 ประเภท ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (APD) และล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) 3. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) คือ การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการใช้ไตจากผู้อื่น ซึ่งผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ ให้มาทำหน้าที่แทนไตเก่าของผู้ป่วยที่สูญเสียไปอย่างถาวรแล้ว 4. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรค ที่รักษาไม่หายด้วยการป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นับเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย - หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐ ที่จัดบริการบำบัดทดแทนไต - ฟอกไตฟรี หมายถึง การได้รับบริการบำบัดทดแทนไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติม



เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยบริการมีการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟอกไตฟรี ร้อยละ 100

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการจัดบริการบำบัดทดแทนไตครอบคลุมทั้ง 4 วิธี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรายงานจาก "รายงานการตรวจติดตามการจัดบริการบำบัดทดแทนไต"
แหล่งข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจ/การนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ 1 และ 2

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

เกณฑ์การประเมินผล (RANKING)

คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล Ranking
1 คะแนน	อำเภอมีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย เช่นป้าย หนังสือแจ้งเวียน อปท./ หน่วยงาน ภาคประชาชนทราบนโยบาย บริการฟอกไตฟรี 1.1 (ไม่มีหลักฐาน 0 คะแนน) 1.2 (มีหลักฐาน (ภาพถ่าย, หนังสือเวียน ประกาศ,โปสเตอร์) 1 คะแนน)
1 คะแนน	2.1 โรงพยาบาล <u>ไม่มีฐานข้อมูล</u> ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 (0 คะแนน) 2.2 โรงพยาบาลมี <u>ฐานข้อมูล</u> ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 (1 คะแนน)
2 คะแนน	3.1 โรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟอกไตฟรี โดยสามารถระบุ “วิธีรักษาที่เหมาะสมที่สุด” สำหรับผู้ป่วย โดยผ่านการประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย <u>ไม่ครบทุกราย</u> (1 คะแนน) 3.2 โรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการฟอกไตฟรี โดยสามารถระบุ “วิธีรักษาที่เหมาะสมที่สุด” สำหรับผู้ป่วย โดยผ่านการประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย <u>ครบทุกราย</u> (2 คะแนน)
1 คะแนน	4.1 มีเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับการจัดบริการฟอกไตฟรี (0 คะแนน) 4.2 <u>ไม่มีเรื่องร้องเรียน</u> เกี่ยวกับการจัดบริการฟอกไตฟรี (1 คะแนน)
ประเมินทุกข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากรายงานการติดตามการดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารสนับสนุน :

1. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2569
2. การขับเคลื่อนนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2569
3. นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	
1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 6,254 คน (ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3,966 คน ล้างไตผ่านทางช่องท้อง 741 คน ปลุกถ่ายไต 229 คน และดูแลแบบประคับประคอง 1,1318 คน) 2. หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 54 หน่วย ในพื้นที่ 20 อำเภอ 3 หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จำนวน 10 หน่วย ในพื้นที่ 9 อำเภอ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัดที่ (R 2)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ตาม นโยบาย SAP (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	ระดับโรงพยาบาล แบ่งเป็น 1. โรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital) : S เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยในระดับอำเภอ มีการจัดบริการเวชศาสตร์ครอบครัว การแพทย์ ฉุกเฉิน และการบริการสาขาพื้นฐานหลักที่จำเป็นรองรับปัญหาของชุมชนตาม บริบทของพื้นที่ ได้แก่ อายุรกรรม กุมารเวชกรรมบริการเวชกรรมฉุกเฉิน ตาม



ความจำเป็น รวมทั้งการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ มีการกิจด้านการเรียนการสอนด้านการดูแลปฐมภูมิ และงานวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับจังหวัด

2. โรงพยาบาลชุมชนพลัส (Standard plus Hospital) : S+ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีขีดความสามารถในการให้บริการสาขาแพทย์บริการหลัก (first line) บางสาขาถึงระดับโรงพยาบาลทั่วไป แต่ปัจจัยพื้นฐานยังไม่ครบที่จะเป็นระดับโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ยุงยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะบางสาขาเช่น การมี semi ICU รองรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีบริการสูติ - นรีเวชกรรม ศัลยกรรม หรือสาขาอื่นที่จำเป็นตามความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน หรือบริบทของพื้นที่มีการกิจด้านการเรียนการสอนด้านการดูแลปฐมภูมิ การดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับจังหวัดถึงระดับเขตสุขภาพ

3. โรงพยาบาลทั่วไป (Academy Hospital) : A เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ยุงยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาแพทย์บริการหลัก สาขาแพทย์บริการรองครบทุกสาขา และสาขาแพทย์บริการสาขাত่อยอดบางสาขา สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการทุติยภูมิภายในจังหวัด โดยมีอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อจังหวัด มีห้องผ่าตัดมาตรฐาน มีบริการวิสัญญี บริการห้อง ICU และมีบริการสาขารองเช่น บริการคลินิกจักษุ หู คอ จมูกมีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของแพทยศาสตร์บัณฑิต และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับเขต

4. โรงพยาบาลทั่วไปพลัส (Academy plus Hospital) : A+ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนระดับสูงบางสาขา แต่การบริการยังไม่ครบที่จะเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุงยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงบางอย่าง มีการจัดบริการโดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาแพทย์บริการหลักสาขาแพทย์บริการรอง และสาขาแพทย์บริการสาขাত่อยอดครบทุกสาขาตามความจำเป็น บริการห้อง ICU เฉพาะทางมีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของแพทยศาสตร์บัณฑิตระดับการศึกษาต่อเนื่อง ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักบางสาขา และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับเขตถึงระดับประเทศ

5. โรงพยาบาลศูนย์ (Premium Hospital) : P เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงโดยให้มีครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุงยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance



	& Sophisticate Technology) มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาแพทย์บริการหลัก สาขาแพทย์บริการรอง และสาขาแพทย์บริการสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น ทั้งนี้ โรงพยาบาลระดับ P บางแห่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญใน 5 สาขา (สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะที่ไม่ซับซ้อน เช่น ปลูกถ่ายกระจกตา) สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิภายในเขตสุขภาพเดียวกันและเขตใกล้เคียงมีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทาง การอบรมพยาบาลเฉพาะทาง และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับประเทศ 6. โรงพยาบาลศูนย์พลัส (Premium plus Hospital) : P+ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงมาก โดยให้มีครอบคลุมบางเขตสุขภาพที่มีความพร้อมขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาแพทย์บริการหลัก สาขาแพทย์บริการรอง และสาขาแพทย์บริการสาขาย่อยครบทุกสาขา เช่น การผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมาก การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ การผ่าตัดเส้นเลือดใหญ่หัวใจ การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองมีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางต่อยอด การอบรมพยาบาลเฉพาะทางที่ซับซ้อน และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับนานาชาติ								
เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละโรงพยาบาลในสังกัด สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการประเมิน SAP ตามระดับศักยภาพแต่ละโรงพยาบาล									
<table><tr><td>ไตรมาส 1</td><td>ไตรมาส 2</td><td>ไตรมาส 3</td><td>ไตรมาส 4</td></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 80</td><td>≥ ร้อยละ 80</td></tr></table>	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4						
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80						
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เพิ่มศักยภาพการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงการจัดบริการให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชน บริบทศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่โดยมีเป้าหมายหลักในการดำเนินการ คือ การลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ S, S + ,A, A+, P ,P +ในจังหวัดอุบลราชธานี								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรมการจัดตั้งและปรับระดับหน่วยบริการ จากWebsite กองบริหารการสาธารณสุข https://phdb-service.moph.go.th/APP/POTENTIAL/index.php/main/data/1/all/alU//MDAwMjI=								



แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรมการจัดตั้งและปรับระดับหน่วยบริการจากWebsite กองบริหารการสาธารณสุข https://phdb-service.moph.go.th/APP/POTENTIAL/index.php/main/data/1/all/all//MDAwMjI=				
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนประเมินแต่ละด้าน				
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนเต็มแต่ละด้าน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของคะแนนประเมินแต่ละด้าน = (A/B) x 100				
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล โปรแกรมการจัดตั้งและปรับระดับหน่วยบริการจากWebsite กองบริหารการสาธารณสุข คำนวณคะแนนรวมแต่ละด้าน (จำนวน 4 ด้าน) /คะแนนเต็ม				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ปีงบประมาณ 2568				
	Baseline data คะแนนแต่ละด้านรวมกันผ่านเกณฑ์คะแนนที่กำหนดของ แต่ละระดับโรงพยาบาล	หน่วยวัด	คะแนน		
	ระดับ S	คะแนน	NA		
	ระดับ S +	คะแนน	NA		
	ระดับ A	คะแนน	NA		
	ระดับ A +	คะแนน	NA		
	ระดับ P	คะแนน	NA		
	ระดับ P +	คะแนน	NA		
ข้อมูลจากโปรแกรมการจัดตั้งและปรับระดับหน่วยบริการจากWebsite กองบริหารการสาธารณสุข					
การติดตามรายไตรมาส					
	Small success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1.โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การปรับ ระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ S, S + ,A, A+, P ,P +	มี	มี	มี	มี
	2. มีการดำเนินการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน	มี	มี	มี	มี
	3.มีการดำเนินการพัฒนาด้านบริการ	มี	มี	มี	มี
	4.มีการดำเนินการพัฒนาด้านบุคลากรที่สอดคล้องการบริการ	มี	มี	มี	มี
	5.มีการดำเนินการพัฒนาด้านประสิทธิภาพการบริการ	มี	มี	มี	มี
	6.คะแนนรวมแต่ละด้านมากกว่า 80 คะแนนขึ้นไป	-	-	-	ผ่านเกณฑ์



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนเต็ม 5 คะแนน

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	มีคณะกรรมการมีคำสั่งแต่งตั้งมีแผนงานดำเนินการและมีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการตาม SAP ตามระดับของโรงพยาบาล ในแต่ละข้อได้คะแนนน้อยกว่า 40 คะแนน
2 คะแนน	มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการตาม SAP ตามระดับของโรงพยาบาล ในแต่ละข้อได้คะแนน 40.1 – 60 คะแนน
3 คะแนน	มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการตาม SAP ตามระดับของโรงพยาบาล ในแต่ละข้อได้คะแนน 60.1 – 80 คะแนน
4 คะแนน	มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการตาม SAP ตามระดับของโรงพยาบาล ในแต่ละข้อได้คะแนน 80.1 – 90 คะแนน
5 คะแนน	มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการตาม SAP ตามระดับของโรงพยาบาล ในแต่ละข้อได้คะแนน 90.1 – 100 คะแนน และมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามระดับโรงพยาบาลดังนี้ 1. โรงพยาบาลระดับ S พัฒนาด้านบริการสาขา Plus อย่างน้อย 1 สาขา 2. โรงพยาบาลระดับ S + พัฒนาด้านบริการสาขา Plus อย่างน้อย 3 สาขา 3. โรงพยาบาลระดับ A ,A + พัฒนาด้านประสิทธิภาพบริการและมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเช่น CMI เพิ่มขึ้นจากเกณฑ์ 0.2

เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล	1.คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับหน่วยบริการสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 3-635-5559 ,091-455-9364 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 0624515559



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี						
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy						
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan						
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด						
ตัวชี้วัดที่ (R 3)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาตามนโยบาย One Province One Labor room (คำเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)						
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน						
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และคลอด หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้ 1.การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง 2.หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 3.จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงครรภ์ในภาวะดังกล่าว						
เกณฑ์เป้าหมาย : มารดาตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน							
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	1.ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดทุกคนโดยการใช้ระบบการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ 2.เฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ						



	3.ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะรอคลอด, ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานการดูแลผู้คลอดในระบบ Smart LR และระบบ Smart Refer ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี 2.รายงานการตายมารดาเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง 3.เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 4.หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งเมื่อมารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยต้องได้รับกิจกรรมบริการที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้ง ตามเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้
กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล
1. ฝากครรภ์ก่อนหรือ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่ออายุก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ดังนี้ การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12^{+6}$ สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - <20 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - <26 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครบทุกรายการ ดังนี้	อ้างอิงจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนี้
2.1 CBC for Hct/Hb	แฟ้ม PRENATAL: DATE_HCT หรือ แฟ้ม LABFU: CBC (0620201,0620401) หรือ Hct (0621201) หรือ Hb (0621401, 0621402)
2.2 คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing	แฟ้ม PRENATAL: THALASSEMIA ที่มีผล 1,2,4
2.3 Anti-HIV	แฟ้ม PRENATAL: HIV_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0743299
2.4 ไวรัสตับอักเสบบี	แฟ้ม PRENATAL: HB_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0746299



กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล (ต่อ)
2.5 คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL หรือ TPHA	เพิ่ม PRENATAL: VDRL_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ เพิ่ม LABFU: VDRL (0721297) หรือ RPR (0721298) หรือ TPHA (0721299)
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากและขัด ทำความสะอาดฟัน	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: สุขภาพช่องปาก 2330011 หรือ 2330013 กรณีขัดทำความสะอาดฟัน 2387010, 2277310, 2287320 รหัสใดรหัส หนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้
4. อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้อง หรือช่องคลอด	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: 88.78 หรือ 5260701
5. การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขณะ ตั้งครรภ์ ด้วยวิธี -Quadruple test หรือ -Non-invasive prenatal testing: NIPT หรือ -การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ด้วย วิธีการตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villus Sampling: CVS) หรือการ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดสายสะดือ ทารกในครรภ์ (Cordocentesis)	เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD : Z36.0 หรือ 36.2
6. การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX	เพิ่ม LABFU: 0531001 หรือ FBS (0531002, 0531004) หรือ DTX (0531101, 0531102) หรือ Lab GCT, Lab OGTT (Z13.1)
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม
รายการข้อมูล 1	A1: จำนวนผู้คลอดที่ได้รับการลงข้อมูลประวัติการคลอดในระบบ Smart LR และหรือ Smart Refer ในกรณีได้รับการส่งต่อ A2: จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด A3: จำนวนหญิงคลอดตาม B3 ที่ฝากครรภ์และ/หรือได้รับกิจกรรมครบตาม สิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม)



	A4: จำนวนหญิงคลอดตาม B4 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม: แฟ้ม ANC) A5: จำนวนหญิงคลอดตาม B5 ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม: แฟ้ม ANC)
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนผู้มาคลอดทั้งหมดในระบบ Smart LR ในทุกหน่วยบริการ B2: จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน B3: จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6) (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขต รับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย 1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด B4: จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลจากแฟ้ม Labor)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- - การบันทึกข้อมูลใน Smart LR และหรือ Smart refer $(A1/A2) \times 100$ - - การตายมารดาไทย $(A2/B2) \times 100,000$ - - การบริการฝากครรภ์คุณภาพ $(A3/B3) \times 100$ - - การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ $(A4/B4) \times 100$ - - การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ $(A5/B4) \times 100$

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การให้คะแนน				
	การลงข้อมูลใน โปรแกรม Smart LR/ Refer	การตาย มารดาไทย	การบริการ ฝากครรภ์ คุณภาพ	ANC ก่อน 12 wks.	การฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง
1 คะแนน	< 70%	>16 ต่อการเกิด มีชีพแสนคน	< 45%	<60%	$\geq 60\%$
2 คะแนน	70-79 %		45-49%	60-64%	60-64%
3 คะแนน	80-89%		50-54%	65-69%	65-69%
4 คะแนน	90-99%		55-59%	70-74%	70-74%
5 คะแนน	100%	<16 ต่อการเกิด มีชีพแสนคน	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$



วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน :	1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) 2.คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data						
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
		2564	2566	2566	2567	2568
การลงข้อมูลในโปรแกรม Smart LR/ Refer	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	27.45	7.77	23.53	8.76	39.82
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ	N/A	0.13	0.66	2.42	10.48
ANC ก่อน 12 wks.	ร้อยละ	81.81	85.31	78.68	78.16	76.17
ฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง	ร้อยละ	N/A	79.18	70.00	69.91	65.87
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวอรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : keng295@hotmail.com 2.นางสาวศรีวรินทร์ ภูวนต์ศิริ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ: 083-956-3669 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: sriwarin.3669@gmail.com					



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 4)	หน่วยบริการ PCU/NPCU ได้รับการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ค่าเป้าหมาย : 51 ทีม)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 3. คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว 4. บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต



(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกใช้บริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570

ใน 8 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพและมาตรฐาน โดยคณะกรรมการตรวจประเมิน

คุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป



เกณฑ์เป้าหมาย

- จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้รับการประเมินมาตรฐานและผ่านการรับรองมาตรฐาน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ 100) จำนวน 176 ทีม

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
Accreditation (สะสม 125 ทีม ร้อยละ 71.02)	ร้อยละ 50 (64 ทีม ร้อยละ 36.36)	ร้อยละ 100 (125 ทีม ร้อยละ 71.02)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อพัฒนาและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในจังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน
2. การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบแก้ไข, องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบแก้ไข, (รับรอง)
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)
6. เขตสุขภาพ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu>) และ (PCUstandard.moph.go.th)

แหล่งข้อมูล

1. ระบบลงทะเบียน
2. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU standard.moph.go.th)

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม) และจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ



	ปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผ่านการรับรองคุณภาพและมาตรฐานในการบริการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ จังหวัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A – B
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผลปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ขั้นตอน	กิจกรรม/เกณฑ์การประเมิน
ขั้นตอนที่ 1	1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 - 2570 และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดพื้นที่เป้าหมายในระดับอำเภอ 3. ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 4. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมขับเคลื่อนพัฒนางานและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2569 5. สืบหาข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พร้อมทบทวนข้อมูลประจำแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทำแผนพัฒนาส่งแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี 2569
ขั้นตอนที่ 2	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ดำเนินการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ คู่มือมาตรฐาน ปี 2568 - 2570 2. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และบันทึกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health) 3. เสนอทบทวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีมีการขอปรับแก้ไขข้อมูลการขึ้นทะเบียนฯ และขอปรับแก้ไขแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นปัจจุบัน ตามแผนการจัดตั้งฯ
ขั้นตอนที่ 3	1. การพัฒนาตนเองตามส่วนขาด 2. ทีมประเมินระดับอำเภอทำแผนและออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ตามแผน



ขั้นตอนที่ 4	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข
ขั้นตอนที่ 5	1. ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (ของแต่ละอำเภอ) 3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนจัดตั้งตามแผนการจัดตั้งฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐาน จากคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับจังหวัด ร้อยละ 100
การประเมินผล :	
ใช้การประเมินแบบ Milestone	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ดำเนินการได้ 1 ขั้นตอน
2 คะแนน	ดำเนินการได้ 2 ขั้นตอน (1+2)
3 คะแนน	ดำเนินการได้ 3 ขั้นตอน (1+2+3)
4 คะแนน	ดำเนินการได้ 4 ขั้นตอน (1+2+3+4)
5 คะแนน	ดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน (1+2+3+4+5)
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน, คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 - 2570
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ โทร. 063- 023-9456 E-mail : theppum4@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นายสมบัติ ชัดโพธิ์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 083 – 4294293 E-mail : sombatkudpho32@gmail.com 2.นางสาวกชวรรณ พวงพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร. 092-6151414 E-mail : n_atta00@hotmail.com Email : phc2005phc@gmail.com



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 5)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 3. คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่ รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉินิจฉัยเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดย



การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570
ใน 8 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพและมาตรฐาน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป



เกณฑ์เป้าหมาย

แพทย์ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (เป้าหมาย 176 ทีม)

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
Accreditation (176 ทีม แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ประจำ 176 คน) ผลงานสะสม	ร้อยละ 50 สะสม (116 ทีม ร้อยละ 65.90)	ร้อยละ 100 สะสม (176 ทีม ร้อยละ 100)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามมาตรฐานที่กำหนด - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ - เพื่อพัฒนาและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- แพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน - หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในจังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จัดเก็บแผนการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ - จัดเก็บทะเบียนแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ของเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และฐานข้อมูล Google form กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ - จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน - การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) - หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,			



	- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบแก้ไข, องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรวจสอบแก้ไข, (รับรอง) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - เขตสุขภาพ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) และ (PCUstandard.moph.go.th)
แหล่งข้อมูล	- ระบบฐานข้อมูลทะเบียนแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากหน่วยงานสำนักงานเขตสุขภาพ และจากหน่วยงานส่วนกลาง - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสมตามแผนการจัดตั้ง ฯ) และจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผ่านการรับรองคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ จังหวัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไปประกาศฯ หมดยุ หรือครบอายุ ในปีงบประมาณ 2569 จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A – B

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569 :

ไตรมาส	กิจกรรม
ไตรมาส 1	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ 2. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568-2570 3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง ประจำปี 2569 พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) และ(PCUstandard.moph.go.th) 4. ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 ขึ้นทะเบียนแล้วร้อยละ 100



	5.ทบทวนข้อมูลแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อจัดทำแผนพัฒนาส่งแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี 2569
ไตรมาส 2	1. แพทย์ได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว ตามแผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2.ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 ขึ้นทะเบียนแล้วร้อยละ 100 (กรณีแพทย์ขอย้าย ขอลาศึกษาต่อ ขอลาออก) 3. อำเภอส่งแบบฟอร์มขอปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นประจำทุกเดือน กรณีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลฯ ตามแบบฟอร์มรายงาน https://moph.cc/M16wa2f7i 4.จังหวัดดำเนินการส่งแบบฟอร์มปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นประจำทุกเดือน กรณีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลฯ ที่ระบบขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 PCU / NPCU
ไตรมาส 3	1. สํารวจข้อมูลแพทย์ Intern 2 เพื่อเตรียมแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว ตามแผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพิ่ม 2.ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 ขึ้นทะเบียนแล้วร้อยละ 100 (กรณีแพทย์ขอย้าย ขอลาศึกษาต่อ ขอลาออก) 3.อำเภอดำเนินการส่งแบบขอปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นประจำทุกเดือน กรณีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลฯ ตามแบบฟอร์มรายงาน https://moph.cc/M16wa2f7i 4.จังหวัดดำเนินการส่งแบบฟอร์มปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นประจำทุกเดือน กรณีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลฯ ที่ระบบขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 PCU / NPCU
ไตรมาส 4	- หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สะสมร้อยละ 100



วิธีการประเมินผล:

- ระบบขึ้นทะเบียน- ระบบฐานข้อมูลทะเบียนแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากหน่วยงานสำนักงานเขตสุขภาพ และจากหน่วยงานส่วนกลาง
- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
- หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	1.รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ตามคู่มือ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 - 2570 และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 2.สำรวจข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ที่ยังไม่ผ่านการ อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว และข้อมูลแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2569 (กรณีใบประกาศรับรองฯ หมออายุ, ครบอายุ ปี 2569)
2 คะแนน	1.สำรวจข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ที่ยังไม่ผ่านการ อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว และข้อมูลแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2569 (กรณีใบประกาศรับรองฯ หมออายุ, ครบอายุ ปี 2569) 2.จัดทำแผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี 2569 ส่งเข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ ครอบครัว (แผนเขตจัดอบรม เดือน ม.ค. - ก.ย.69) สนับสนุนดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน ฯ แล้ว 3.บันทึกข้อมูลแพทย์ ที่ฐานข้อมูล Google form กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
3 คะแนน	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ส่งแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรเวช ศาสตร์ครอบครัว ตามแผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิแล เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2.ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2569 ขึ้น ทะเบียนแล้วร้อยละ 100 (กรณีแพทย์ขอย้าย ขอลาศึกษาต่อ ขอลาออก) 3.อำเภอส่งแบบฟอร์มขอปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เป็นประจำทุกเดือน (กรณีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลฯ ตามแบบฟอร์มรายงาน https://moph.cc/M16wa2f7i)



	4.จังหวัดดำเนินการฯ ต่อ 5. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำทะเบียนแพทย์ประจำโรงพยาบาลฯ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว และยังไม่ผ่านการอบรมฯ และบันทึกข้อมูลแพทย์ ที่ฐานข้อมูล Google form กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ													
4 คะแนน	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สํารวจข้อมูลแพทย์ Intern 2 เพื่อจัดทำแผนพัฒนาส่งแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่ม (แผนเขตจัดอบรม เดือน มิ.ย.- ก.ย.69) 2.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งแพทย์ Intern 2 เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามแผน 3. ระดับอำเภอ ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเป้าหมาย ร้อยละ 100 และบันทึกผลการประเมินรับรองที่ http://gishealth.moph.go.th/pcu และ PCUstandard.moph.go.th													
5 คะแนน	1. ระดับจังหวัด ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (ของแต่ละอำเภอ) และบันทึกผลการประเมินรับรอง ที่http://gishealth.moph.go.th/pcu และ PCUstandard.moph.go.th 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (ของแต่ละอำเภอ)													
เอกสารสนับสนุน : - ระบบขึ้นทะเบียน, คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 – 2570 - ฐานข้อมูลแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว จากหน่วยงานส่วนกลาง และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data														
<table><tr><th rowspan="2">Based line data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th></tr><tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><td>176 ทีม(สะสม)ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td>176 ทีม (ร้อยละ 71.02)</td></tr></table>		Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2566	2567	2568	176 ทีม(สะสม)ร้อยละ 100	ร้อยละ			176 ทีม (ร้อยละ 71.02)
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)										
		2566	2567	2568										
176 ทีม(สะสม)ร้อยละ 100	ร้อยละ			176 ทีม (ร้อยละ 71.02)										
- หมายเหตุ เป้าหมายการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีงบประมาณ 2569 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนจัดตั้ง ที่ขึ้นทะเบียน ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แล้ว เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2569 (กรณี แพทย์ขอย้าย, ขอลาศึกษาต่อ, ขอลาออก)														



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ โทร. 063- 0239456 E-mail : theppum4@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสมบัติ ชัดโพธิ์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 083 – 429-4293 E-mail : sombatkudpho32@gmail.com นางสาวกชวรรณ พวงพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร. 092-615-1414 E-mail : n_atta00@hotmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณธรรม
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาคุณภาพองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 6)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐาน HA (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 5 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 21 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต จำนวน 2 แห่ง (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม 2568) มาตรฐานคุณภาพ หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ขึ้นมาตรฐานและขึ้นก้าวหน้า หรือ 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ หรือ 3. มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International (JCI) ระดับ Full Accreditation



1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)	
ระดับ	มาตรฐาน HA
ขั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA มีการพัฒนาที่เน้นการขับเคลื่อนคุณภาพทั้งองค์กรพัฒนา อย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน ได้คะแนนจากการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐาน ตอนที่ I-IV ไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.00 และปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ มีอายุการรับรอง 3 ปี
ขั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้าโดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนาที่มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไปเลิศ มีคะแนนจากการเยี่ยมประเมิน ตอนที่ I-III ไม่น้อยกว่า 3.00 ตอนที่ IV มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 จากคะแนน 5.00 และปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ มีอายุการรับรอง 4 หรือ 5 ปี
2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และมีการประเมินผลรับรองผลการดำเนินงานพัฒนาสถานพยาบาลตามกฎหมายประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2549 ประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ (ทุกสังกัด ทุกกระทรวง) โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมใน 9 ด้าน ดังนี้ - ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ - ด้านที่ 2 ด้านการบริการสุขภาพ - ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก - ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม - ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย - ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข - ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ - ด้านที่ 8 ด้านสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ - ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	
การประเมินระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้	



ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบวงปัญหา/ความเสี่ยง การให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u>
ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการและมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u>
ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาล มีการประเมินตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85 % ขึ้นไป</u>

3. มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International (JCI)

เป็นมาตรฐานที่อยู่ในการกำกับดูแลของ The Joint Commission ซึ่งเป็นสถาบันของสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประเมินทั้งหมด 8 ด้าน ซึ่งครอบคลุมทุกแง่มุมของการบริหารและการให้บริการในโรงพยาบาล โดยแต่ละด้านมีความสำคัญในการพัฒนาและรักษาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- 3.1 การดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety and Quality of Care)
- 3.2 การบริหารจัดการองค์กร (Governance, Leadership and Direction)
- 3.3 การบริหารจัดการทรัพยากร (Facility Management and Safety)
- 3.4 การให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล (Medical and Nursing Care)
- 3.5 การจัดการข้อมูลและการสารสนเทศ (Information Management)
- 3.6 การศึกษาและการพัฒนานักบุคลากร (Staff Education and Training)
- 3.7 การประเมินผลและการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement)
- 3.8 การดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

การแบ่งระดับการรับรอง (Accreditation Levels) มีดังนี้ :

ระดับ	มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล JCI
1	ระดับไม่ผ่านการรับรอง (Non-Accredited) หมายถึง องค์กรที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานของ JCI จะไม่ได้รับการรับรองใดๆ



2	ระดับการรับรองเบื้องต้น (Provisional Accreditation) หมายถึง เป็นการรับรองแบบเบื้องต้นที่ให้แกโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานทั้งหมดได้ในช่วงแรก แต่ต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด
3	ระดับการรับรองแบบมีเงื่อนไข (Conditionally Accredited) หมายถึง เป็นระดับที่ให้การรับรองเฉพาะในบางส่วนของการทำงาน อาจมีบางจุดที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดได้ แต่ได้รับการยอมรับในบางด้าน โดยจะต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ
4	ระดับการรับรองเต็มรูปแบบ (Full Accreditation) หมายถึง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในระดับนี้แสดงถึงความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่สูงและครอบคลุมทุกด้าน

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับโรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
รพศ./รพท.	100%	100%	100%
รพช.	94%	96%	98%

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล HA หรือผ่านมาตรฐาน 9 ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล หรือผ่านการรับรองมาตรฐาน Joint Commission International(JCI) ระดับ Full Accreditation 2. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลรายงานผลงานประจำไตรมาส ทุกไตรมาส
แหล่งข้อมูล	1. จากการรายงานผลงานประจำไตรมาส 2. จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลสถานการณ์รับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA / โปรแกรม HS 4 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ / เว็บไซต์ JCI https://www.prem
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จระดับ 5 ของทุกมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
ระดับ 1	1. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี 2569 (0.25 คะแนน) 2. มีการทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลวิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล (0.50 คะแนน) 3. มีการจัดทำแผนควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนดเวลา (Time Line) ของ รพ. ประจำปีงบประมาณ 2569 (0.25 คะแนน)
ระดับ 2	มีการดำเนินการตามระดับ 1 ดำเนินการดังนี้ 1. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานต่างๆ ตามเกณฑ์ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค (0.50 คะแนน) 2. มีการทบทวนและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กร (0.25 คะแนน) 3. มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับโอกาสพัฒนา (0.25 คะแนน)
ระดับ 3	มีการดำเนินการตามระดับ 1 และระดับ 2 และดำเนินการดังนี้ 1. มีกิจกรรมการพัฒนายอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องหรือติดตามหน้าหน่วยงาน เป็นประจำ (0.25 คะแนน) 2. มีการเตรียมพร้อมเพื่อรับการตรวจเยี่ยมสำรวจ / ตรวจเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) / ประเมินต่ออายุการรับรอง (Reaccreditation Survey) - จัดทำรายงานความก้าวหน้าตาม Recommendation ตามห้วงระยะเวลาที่กำหนด (0.25 คะแนน) - เอกสารประเมินตนเอง SAR / Hospital Profile/ ENV Education/CLTหรือ PTC (0.75 คะแนน) หรือเอกสารการประเมินตามเนื้อหาของมาตรฐานครอบคลุม 9 ด้าน ของกรมสนับสนุนบริการ หรือเอกสารการประเมินทั้ง 8 ด้านของมาตรฐาน JCI
ระดับ 4	มีการดำเนินการตามระดับ 1, ระดับ2, ระดับ3 และดำเนินการดังนี้ 1. มีการทบทวนหา Root Cause Analysis : RCA) กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกระดับอย่างน้อยร้อยละ 80 (0.25 คะแนน) 2. มีกระบวนการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ให้ดีขึ้นโดยการทำ CQI/R2R/วิจัยอย่างน้อย 5 เรื่อง (0.50 คะแนน) 3. มีการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 80 (0.25 คะแนน)



ระดับ 5	มีการดำเนินการตามระดับ 1, ระดับ 2, ระดับ 3, ระดับ 4 และดำเนินการดังนี้ 1. มีการนำเสนอผลการปรับปรุงผลการดำเนินงานให้ดีขึ้นจากการทำ CQI/R2R/วิจัย นำเสนอระดับจังหวัด-ขึ้นไป อย่างน้อย 3 เรื่อง (0.50 คะแนน) 2. มีผลการเยี่ยมประเมินรับรอง : ผ่านขั้นมาตรฐาน HA หรือผ่านการประเมินระดับคุณภาพ คือมี คะแนนใน 9 ด้านตั้งแต่ร้อยละ 85 ขึ้นไป ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพหรือ ผ่านระดับการรับรองเต็มรูปแบบ(Full Accreditation) ของมาตรฐาน JCI (0.50 คะแนน)
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน) (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ของแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ 1.ผ่านการรับรองขั้นมาตรฐาน HA +ขั้นมาตรฐานขั้นก้าวหน้า หรือ ขั้นมาตรฐาน HA / มาตรฐานขั้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างขอต่ออายุการรับรอง 2.ผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ 3.ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI : ขั้น Full Accreditation
เอกสารสนับสนุน :	1.website สรพ. https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองของสถานพยาบาล 2.รายงานผลจาก โปรแกรม HS4 : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามมาตรฐาน 9 ด้าน : ข้อมูลการรับรองสถานพยาบาล 3. website JCI : https://www.jointcommissioninternational.org : ข้อมูลการรับรองสถานพยาบาล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศธน ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางพิชญภา ฮงทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 2225 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 09 4985 5964 E-mail.com : pitchayapa.aoy66@gmail.com Line ID : 0632959319



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 7)	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการภายในระยะเวลา (Stroke fast track) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง หน้าเบี้ยว พูดลำบาก ซากครึ่งซีก เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะปวดศีรษะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ใดๆ อย่างหนึ่ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนับเพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง (นับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง) ระดับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ประกอบด้วย 1. โรงพยาบาลดำเนินการ Stroke Alert Awareness 2. มีการสื่อสารนโยบายโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการจัดระบบส่งต่อในชุมชน 4. นำ Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ 5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 6. จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล 6.1 ระดับ S พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย



	6.2 ระดับ S+ พัฒนา Stroke Corner สามารถให้ยา rtPAได้ (เฉพาะ รพ. ที่มี CT SCAN)		
	6.3 ระดับ A พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้		
	6.4 ระดับ A+ พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราการตาย	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
Stroke Fast Track	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2.การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13		
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากการลงข้อมูลจากโปรแกรม Smart Stroke STEMI Hip fracture หรือข้อมูลจาก HDC 2.ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 3. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)		
รายการข้อมูล 3	(A/B) x 100		
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569		
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.มีการให้ health literacy กับ ประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มีระบบ Stroke fast tract และ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
2.มีการสื่อสารนโยบายโรคหลอดเลือดสมอง	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย
3.มีระบบ Stroke fast tract และ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการ จัดระบบส่งต่อในชุมชน	บุคลากรได้รับการอบรม พัฒนาการให้ยา rtPA, Stroke basic course หรือ advance course	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด



4. นำ Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ	มีกระบวนการกำกับติดตาม เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา	มีกระบวนการกำกับติดตาม เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา	มีกระบวนการกำกับติดตาม เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
6. จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล ระดับ S พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระดับ S+ พัฒนา Stroke Corner ระดับ A พัฒนา Stroke Corner สามารถให้ยา rtPA ได้ ระดับ A+ พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้	จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล ระดับ S พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระดับ S+ พัฒนา Stroke Corner ระดับ A พัฒนา Stroke Corner สามารถให้ยา rtPA ได้ ระดับ A+ พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้	จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล ระดับ S พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระดับ S+ พัฒนา Stroke Corner สามารถให้ยา rtPA ได้ (เฉพาะ รพ. ที่มี CT SCAN) ระดับ A พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้ ระดับ A+ พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้	จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล ระดับ S พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระดับ S+ พัฒนา Stroke Corner สามารถให้ยา rtPA ได้ (เฉพาะ รพ. ที่มี CT SCAN) ระดับ A พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้ ระดับ A+ พัฒนา Stroke Unit สามารถให้ยา rtPA ได้

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดได้ 40% และการเข้าถึงการรักษาจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK น้อยกว่าร้อยละ 10
2 คะแนน	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดได้ 60 % และการเข้าถึงการรักษาจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 10 - 20
3 คะแนน	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดได้ 80% และการเข้าถึงการรักษาจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 20.1 - 30
4 คะแนน	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดได้ 100 % และการเข้าถึงการรักษาจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 30.1 - 40



5 คะแนน	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดได้ 100 % และการเข้าถึงการรักษาจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 40.1 ขึ้นไป				
วิธีการประเมินผล :					
1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ตค.2)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2566	2567	2568
	อัตราการตาย	ร้อยละ	7.69	7.17	7.58
	Stroke Fast Track	ร้อยละ	35.98	35.22	41.12
	อัตราการตาย	ร้อยละ	7.69	7.17	7.58
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายยศธร ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 2.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 093-635-5559 ,091-455-9364 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 062-451-5559				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 093-635-5559 , 091-455-9364 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 062-451-5559				



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 8)	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด เอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) 1.อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI เข้ารับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Onset to FMC < 120 นาที) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรค STEMI ได้แก่ อาการดังต่อไปนี้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้รับมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อรับการรักษาทันที (Onset to FMC < 120 นาที) นับตั้งแต่เริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง - เจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับ อาจมีอาการร้าวไปแขน ไปไหล่ ไปกราม ไปหลัง ร่วมกับเหงื่อแตก ใจสั่น - มีอาการเหนื่อยมากกว่าปกติ หอบหายใจไม่อิ่ม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว วิงเวียน วูบ เป็นลมหมดสติ - ผู้สูงอายุ > 60 ปี ที่มีโรคร่วม(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่) และ/หรือ มีอาการร่วมข้างต้น ระดับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ประกอบด้วย 1.โรงพยาบาลดำเนินการ STEMI Alert Awareness 2.มีระบบ STEMI fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการจัดระบบส่งต่อในชุมชน 3.นำ Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ



	4.ผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI : I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์				
	5.ปฏิบัติตามนโยบายของจังหวัดได้แก่				
	5.1 ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีสามารถให้ยา Streptokinase (SK) ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด				
	5.2 ผู้ป่วยโรค STEMI เข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที)				
เกณฑ์เป้าหมาย อัตราตายจากโรค STEMI					
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571		
	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9		
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่				
	- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล				
	- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)				
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569				
	Small Success	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี	มี
2.มีระบบ STEMI fast tract	มี	มี	มี	มี	มี
3.ผู้ป่วย STEMI เข้ารับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Onset to FMC < 120 นาที)	ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์	ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์	ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์	ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์	ระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์
4.นำ Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการ ทบทวน CPG ที่ สอดคล้อง กับบริบท ของพื้นที่	มี	มี	มี	มี



5.รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี
6.มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล	มี	มีข้อมูลผู้ป่วยหลังรับการรักษาSTEMI และผู้ป่วยยังอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล	มี	มี

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนเต็ม 5 คะแนน

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย 40 % และการเข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที) น้อยกว่าร้อยละ 10 - 20
2 คะแนน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย 40 % และการเข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที ตั้งแต่ร้อยละ 20.1 - 30
3 คะแนน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย 60 % มี และการเข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที ตั้งแต่ร้อยละ 30.1 - 40
4 คะแนน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย 80 % และการเข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที ตั้งแต่ร้อยละ 40.1 - 50
5 คะแนน	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย 80 % และการเข้าถึงการรักษา (Onset to FMC < 120 นาที ตั้งแต่ร้อยละ 50.1 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนเต็ม 5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน :	1. Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org) 2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 2023, ehad 191.



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

	ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2565	2566	2567
	อัตราการตาย	13.39	ร้อยละ	9.05	9.46	7.67
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI เข้า รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อ รับการรักษาทันที (Onset to FMC < 120 นาที)	-	ร้อยละ	50.28	50.68	50.59
ข้อมูลจาก โปรแกรม Smart Stroke STEMI Hip fracture ณ วันที่ 30 กันยายน 2568						
Thai ACS Registry ณ วันที่ 30 กันยายน 2567						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.พญ.กมลรัตน์ ทองปลั่ง ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 096-469-5914 โทรสาร : 0 2591 9972 E-mail : kamonrat.mam18@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2.นายยศธณ ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 08 9722 8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นายยศธณ ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 08 9722 8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com 2.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 36355559 ,0914559364 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 0624515559					



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 9)	ระดับความสำเร็จการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	1.ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 – 30 กันยายน 2569) เทียบกับค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค 2.ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 2.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนหน้านี้อีกอย่างน้อย 1 ครั้ง 2.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบตามกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าว มีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย 3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรค มาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP)มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 3.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 3.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษา



4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)

หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก

5. กลุ่มเป้าหมาย

5.1 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 30 กันยายน พ.ศ. 2569) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

5.2 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

6. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่

กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ดื้อยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ดื้อยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1เดือน

กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี

กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ

กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- **ผู้ป่วยเบาหวาน** หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%)

- **ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ในทุกกลุ่มอายุ และทุก Stage



	กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่ กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ 7. การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค <u>ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน</u> เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อึด 8. AI คือ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ที่ช่วยแปลผลภาพรังสีทรวงอก เพื่อตรวจคัดกรองวินิจฉัยวัณโรคเบื้องต้น เป็นการช่วยค้นหาและเข้าสู่กระบวนการรักษาวัณโรคได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระงานของแพทย์ในการอ่านผลฟิล์มเอกซเรย์
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569	1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (เกณฑ์ $\geq 85\%$) 2. อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) (เกณฑ์ $\geq 88\%$) 3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (เกณฑ์ 100%) 4. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ (เกณฑ์ $\geq 90\%$) 5. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (เกณฑ์ 100%)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้ มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	
1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ต.ค.2568 - 30 ก.ย.2569) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน 2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.68) ที่ เป็นผู้ป่วย	



ไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

3. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีพื้นฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 68 และทุกโรงพยาบาล ต้องใช้ AI เพื่อแปลผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์

4. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) คือกลุ่มปอดติดเชื้อเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ โดยข้อมูลการประมวลผลจาก NTIP Thailand รอบการคัดกรองปีงบประมาณ 2569

5. การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 30 กันยายน พ.ศ.2569) $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 30 กันยายน พ.ศ. 2569) B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 <u>หมายเหตุ</u> จำนวนคาดการณ์ คัดจากข้อมูลประชากรอ้างอิงจากทะเบียนราษฎร ปี 2568 คิดอัตรา 157ต่อประชากรแสนคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568) $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568) <u>หมายเหตุ</u> * ในการประเมินรอบที่ 1 (ผลการรักษาสำเร็จ+กำลังรักษา+โอนออก) ** ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาสำเร็จ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 3	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพ รังสีทรวงอก และ อัตราหน่วยบริการแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วย AI $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$



	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) คัดกรองวัณโรคโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก และแปลผลด้วย AI B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) ที่พื้นที่กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละการส่งตรวจ Molecular test ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ที่ส่งตรวจ Molecular (X-pert) B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ทุกราย
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน ได้รับการ admitted B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉินทุกราย

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ตัวชี้วัดที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<7.99%	8-19.99%	20-31.99%	32-44.99%	≥ 45%

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<10%	10-29.99%	30-59.99%	60-84.99%	≥ 85%

ตัวชี้วัดที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-87.99%	≥88%


ตัวชี้วัดที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

รอบที่ 1 (1 ต.ค.68 – 30 มี.ค.69)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<15%	15-29.99%	30-44.99%	45-59.99%	≥ 60%

รอบที่ 2 (1 ต.ค.68 – 30 ก.ย.69)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-99.99%	≥ 100%

ตัวชี้วัดที่ 4 การส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ

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

ตัวชี้วัดที่ 5 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

ด้วยภาวะฉุกเฉิน

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<70%	70-79.99%	80-89.99%	90-99.99%	100%

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08
3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) (85%)	ร้อยละ	74.6	69.6	71.9
2. อัตราความสำเร็จการรักษา (88%)	ร้อยละ	85.0	78.6	88.9
3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (90%)	ร้อยละ	98.8	104.8	120.2
4. อัตราการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ (90%)	ร้อยละ	N/A	94.9	104.1
5. อัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (100%)	ร้อยละ	97.7	99.8	100



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 121 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-263-1616 3. นายกฤตวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-660-2936 4. นางสาวนิภาภรณ์ สีสอน นักสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 088-725-0224
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายกฤตวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936 2. นางสาวนิภาภรณ์ สีสอน นักสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 088-725-0224



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 10)	ระดับความสำเร็จการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด Intentional self-harm (X60 - X84) การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้ตายจากพฤติกรรมนั้น การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับบริการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ (1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที (2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) (3) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน (4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง (5) ได้รับการส่งเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย (6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ สังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ (7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)



	มาตรการดำเนินงาน จังหวัดและอำเภอ ตำบล ผลักดันให้เกิดกิจกรรม/โครงการฯ เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ ตำบล ตาม 6 มาตรการ ดังต่อไปนี้ 1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ 2. ติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3. ช่วยเหลือผู้รอดชีวิต และผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย 4. จัดทีมออกสอบสวนโรค ทุกราย 5. เสริมสร้าง ปังจัยปกป้อง และด่านกัน การเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่ 6. พัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) และการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS : Mental Health and Psycho Social Support: MHPSS)						
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 75</td><td>-</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	-
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	-					
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td><td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td><td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน					
วัตถุประสงค์	เป้าหมายหลัก 1. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย หรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้ฆ่าตัวตาย ที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่ เป้าหมายย่อย 1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมายหลัก : ผู้พยายามฆ่าตัวตาย อายุ 10 ปี ขึ้นไป ที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปี งบประมาณ (วันที่ 1เดือนตุลาคม 2568 - กันยายน 2569) เป้าหมายย่อย : ประชากร ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกอำเภอ *จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย นับเป้าหมายตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ						



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล) หมายเหตุ : กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มาใช้บริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน (รง 506 S version 11) จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่
แหล่งข้อมูล	เป้าหมายหลัก : 1.) ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.) รายงานการเฝ้าระวัง การพยายามฆ่าตัวตาย รง506.S version 11 (กรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต)และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ จากการรายงาน รง. 506 S (version 11)
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุ 10 ปี ขึ้นไปทั้งหมด (ตามหลักการวินิจฉัยหมวด Intentional self - harm (X60-X84) จาก Health Data Center (HDC)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2569
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุ ทะเบียนมหาดไทย **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 1 และ 2 ใช้ประชากร ณ 31 ธค.2567 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากร ณ 31 ธค.2568
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

การประเมินแบบ Mile Stone ปี 2569

ระดับ ค่าคะแนน Ranking	ระดับความสำเร็จ				
	1	2	3	4	5
1	ผ่าน				
2	ผ่าน	ผ่าน			
3	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5

1. สถานการณ์และการจัดทำแผน (1 คะแนน)

1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ / กิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (0.5 คะแนน)

1.2 มีการจัดกิจกรรม / สนับสนุนการดำเนินงานต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบพุ่งเป้าในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น / นักศึกษา อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป (0.5 คะแนน)

2. มีกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (1 คะแนน)

2.1 กำหนดมาตรการเสริมสร้าง ปักจายปกป้อง และด่านกั้น การเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ฆ่าตัวตาย (0.5 คะแนน)

2.2 มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตายของรายที่มีวิกฤตชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เช่น จากปัญหาครอบครัว หนี้สิน อาชีพ สังคม สิ่งแวดล้อม เข้าหาหรือเพื่อช่วยเหลือในที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ. อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน หรือตามจำนวน case ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ (0.5 คะแนน)

3. การเฝ้าระวังต่อเนื่องกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตและจิตเวช (1 คะแนน)

3.1 มีการอบรม / ฟื้นฟู ทีมสอบสวน และออกสอบสวนกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเองกรณีพยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อยอำเภอละ 3 คน (0.5 คะแนน)

3.2 มีการบันทึกรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.506 s v.11 กรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence : SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นฯ ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน (0.5 คะแนน)

4. การพัฒนาศักยภาพความรู้ ทักษะ บุคลากรและภาคีเครือข่าย (1 คะแนน)

4.1 มีการจัดประชุม case conference กรณีพยายามฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือรายที่ยุ่ยากซับซ้อนอย่างน้อย ไตรมาสละ 1 ครั้ง หรือตามเหตุวิกฤตเร่งด่วนที่เกิดในพื้นที่ (0.5 คะแนน)



4.2 มีการบูรณาการเชื่อมโยงเหตุการณ์ช่วยเหลือผู้พยายามทำร้ายตนเอง ร่วมกับการซ่อมแผนเผชิญเหตุต่างๆ ของหน่วยงาน /โรงเรียน /ชุมชน **(0.5 คะแนน)**

5. ผลการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย **(1 คะแนน)**

5.1 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ $\geq$ ร้อยละ 70 **(0.5 คะแนน)**

5.2 การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.80 อัตราต่อประชากรแสนคน **(0.5 คะแนน)**

เอกสารสนับสนุน :	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูล https://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S v. 11 3.ระบบข้อมูลใน HDC 4.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย					
Based Line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ			
			2565	2566	2567	2568
การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (เกณฑ์≥ร้อยละ 65)		ร้อยละ	-	-	-	52.90
Based Line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ			
			2565	2566	2567	2568
อัตราการฆ่าตัวตาย : จาก รง.506S (เกณฑ์ ไม่เกิน 7.8 อัตราต่อแสนประชากร)		อัตราต่อประชากรแสนคน	6.21 (116 คน)	6.84 (128 คน)	7.54 (141 คน)	5.99 (112 คน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com					



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 16	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ (R 11)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (เฉพาะระบบสมัครใจ) ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (ค่าเป้าหมาย : > 70%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด หมายถึง มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด สามารถให้การคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง 2. ร้อยละ 90 ของผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามความเหมาะสม และผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อ ตามระบบ 3. ประสานการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ร่วมกับภาคีเครือข่ายครบทุกอำเภอ 4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 70 ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113, ม. 114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด เฉพาะรายตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี ดังนี้ กลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี กลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ศูนย์คัดกรองที่สามารถจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้ตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และมีการส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง



	- สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการในการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และสามารถให้คำปรึกษา/ให้การบำบัดรักษา ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติด แบบสมัครใจได้ตามเป้าหมาย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ตามระบบการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ - มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุมอำเภอ และมีการลงรายงานผลการบำบัดผู้ป่วย CBTx. ในระบบรายงาน บสต.		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 2. ผู้ใช้ ผู้เสพยา และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูล การบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) 2. ระบบรายงานยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแลติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และครบระยะเวลา 1 ปี หลังวันที่สรุปบำบัด		
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	1. การคัดกรอง 1.1 ไม่มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.0 คะแนน) 1.2 มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.50 คะแนน) 1.3 ศูนย์คัดกรองมีการบันทึกข้อมูลในระบบ บสต.ได้ถูกต้อง ทันเวลา (0.50 คะแนน)
1 คะแนน	2. การบำบัดรักษาในสถานบริการ 2.1 ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 100 และ ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ (0.5 คะแนน) 2.2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาครบโปรแกรม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Complete Rate) ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	3. การดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) 3.1 มีการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) ครบทุกอำเภอ (0.5 คะแนน) 3.2 มีรายงานการบำบัดรักษายาเสพติด CBTx ในระบบรายงาน บสต.(0.5 คะแนน)
1 คะแนน	4. ระบบรายงาน บสต. 4.1 มีการบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรอง/บำบัดรักษา/ ติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัด ในระบบ บสต. ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน หลังให้บริการ ภายใน 1 สัปดาห์ (0.5 คะแนน) 4.2 มีการสรุปข้อมูลผลการดำเนินงานบำบัด/ติดตาม จากระบบรายงาน บสต. ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทุกเดือน (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	5. การติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) - น้อยกว่าร้อยละ 70 (0.5 คะแนน) - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70.00 (1 คะแนน)
ประเมินทั้ง 5 ข้อ (นำคะแนนรวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	71.40	77.96	89.53
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-718-5455 2. นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1) นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-718-5455 2) นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 23	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล
ตัวชี้วัดที่ (R 12)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สนง.สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาล RLU Plus ตามที่กำหนด (คำเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดย เลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตาม ผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ



	โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการสังเกตซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่า ร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ของผู้ป่วย
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด บันได 4 ขั้น
เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด ปี 2569	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับ การตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 8 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับ การตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75 3. มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการสังเกตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ 2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โดยนำร่องในรายการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด



สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน = $(A/B) \times 100$		
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่เกณฑ์กำหนด*		
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 25	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 30	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70
โรงพยาบาล (ร้อยละ 25) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*	โรงพยาบาล (ร้อยละ 50) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*	โรงพยาบาล (ร้อยละ 75) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*	โรงพยาบาล (ร้อยละ 100) มีผลการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
บันไดขั้นที่ 1 (1 คะแนน)	- แต่งตั้งคณะกรรมการ / แต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพและมีผู้รับผิดชอบหลัก (Mr.RLU หรือ RLU coordinator) ที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2. มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อนำเรื่อง RLU ไปสู่การปฏิบัติ ร่วมกับหน่วยงานทางคลินิก และห้องปฏิบัติการ เช่น ประชุมกับ ทีม PCT หรือองค์กรแพทย์ - ประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย 3. มีการประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย มุ่งสู่ RLU Hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 4. มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ



บันไดขั้นที่ 2 (2 คะแนน)	มีการดำเนินงานตาม ขั้นที่ 1 และมีการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูล 5. มีการวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) ร่วมกับสหวิชาชีพ 6. มีบัญชีรายการโรคหรือ ภาวะหรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) ที่มาจากการหาสาเหตุที่แท้จริงก่อนกำหนด
บันไดขั้นที่ 3 (3 คะแนน)	มีการดำเนินงานตาม ขั้นที่ 1 – 2 และมีการกำหนดมาตรการ 7. มีการกำหนดมาตรการหรือประกาศแนวทางปฏิบัติของ รพ. อย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization ในการปฏิบัติงาน 8. มีการนำระบบ IT มาช่วยในการดำเนินการ ***
บันไดขั้นที่ 4 (4 คะแนน)	มีการดำเนินงานตาม ขั้นที่ 1 – 3 และมีการประเมินผล 9. มีการกำหนดตัวชี้วัด RLU ของ รพ. ที่สามารถวัดผลได้ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ตัวชี้วัดด้าน overutilization หรือ ตัวชี้วัด RLU ด้าน underutilization 10. มีการประเมินผลตัวชี้วัด RLU อย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด 10.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 10.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70
บันไดขั้นที่ 5 (5 คะแนน)	มีการดำเนินงาน ผ่านตามเกณฑ์ บันได ขั้นที่ 1- 4 และมีผลดำเนินงาน 11. มีผลลัพธ์การตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเข้าภายใน 90 ไม่เกินร้อยละ 10 12. มีผลลัพธ์การตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 90 13. มีผลลัพธ์ RLU ตัวอื่นๆ เช่น HbA1C, LDL, Creatinine, LDL, Cholesterol, Triglyceride มีการแสดงอัตราการสั่งตรวจซ้ำหรือการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 14. มีผลงานที่เป็น best practice 15. มีแผนพัฒนาเรื่อง RLU ในปีต่อไป
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) https://rluthailand.com/



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)	จำนวนแห่ง	1	26	26
ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	70	80	90
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายยศธร ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 2.นางณัฐชานันท์ ภิญโญธนพานิชย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 081 0746 429 E-mail.com : natchanan.tomja@gmail.com Line ID : jamongjaja88			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายยศธร ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810			



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 13)	ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรค OVCCA (คำเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	1. โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดีติดเชื้อ “พยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้รับพยาธิจากการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียนแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสม และระยะเวลานานๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบ ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเวลาต่อมา ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้ ▪ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นจำนวนมากและพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้อาจจะพัฒนาเป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลา 20-30 ปีข้างหน้าซึ่งปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปีละ 15,000 - 20,000 ราย พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า ▪ โรคพยาธิใบไม้ตับ มีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่มาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ นำมาปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสมและระยะเวลานานๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเวลาต่อมา ▪ ปลาที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปลาน้ำจืด เกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ซึ่งเป็นกลุ่มปลาที่ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับสูง และเป็นสาเหตุให้ประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว ปลาสวายนกเขาหรือ ปลาอีไทย ปลาสวาย ปลาขาวหัวมน ปลาตะเพียนทอง ปลากระสูบจุด ปลาขาวนา ปลากระมัง ▪ สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังมีการติดเชื้อสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัย ดังนี้



	1. ประชาชนยังมีพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ 2. ประชาชนที่ออกไปทำไร่นา ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วมหรือรดส้วบส่วนนำสิ่งปฏิกูลทิ้งลงในสิ่งแวดล้อม ตามป่า ทุ่งนา ฯลฯ 3. ในแหล่งน้ำต่างๆ มีหอยและปลาอยู่ร่วมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์แล้วเจริญเป็นระยะติดต่อ สู่ คน หมา แมว 2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบปรุงดิบๆ สุกๆ เช่น ลาบ ก้อย ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน 3. การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วยวิธี Modified kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard) 4. โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง, เข้าใจ, โต้ตอบ, ชักถามแลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ, เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ 5. โปรแกรม Helminth-ovcca (กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค) เป็นโปรแกรมในการลงข้อมูลการดำเนินงาน โรคพยาธิใบไม้ตับ, โรคมะเร็งท่อน้ำดี, บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล และ Health Literacy
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ /ค่าเป้าหมาย	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
1.ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป(เน้นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิ ใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	100%	100%	100%
2.ร้อยละผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับยา Parziquantel และได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์	100%	100%	100%



3. ร้อยละความครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา ในการลงข้อมูลในโปรแกรม Heltminth-ovcca	-	-	100%	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี 2.เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี 3.เพื่อให้ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโปรแกรม Heltminth - ovcca มีความถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบลที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วย ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆกับแหล่งน้ำ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้ 1.1 รพ.สต. : โปรแกรม Heltminth-ovcca JHCIS 1.2 PCU รพ. : โปรแกรม Heltminth-ovcca HI, HOSxP ฯลฯ และนำเข้าโปรแกรม DDS ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 2.ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3.รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน			
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรม Heltminth-ovcca 2.โปรแกรม DDS (Digital Disease Surveillance) 3.ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี			
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เป้าหมาย จำนวน 450 คน)			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เป้าหมาย จำนวน 450 คน)			



สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1.1)	1.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี $= (A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C=จำนวนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับยา Parziquantel และได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์
รายการข้อมูล 4	D=จำนวนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1.2)	1.2 ร้อยละผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับยา Parziquantel และได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ $= (C/D) \times 100$

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

คะแนน Ranking ข้อ 1	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70%
2 คะแนน	ระหว่าง 71-80 %
3 คะแนน	ระหว่าง 81-90 %
4 คะแนน	ระหว่าง 91-99 %
5 คะแนน	100 %

2. ร้อยละผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับยา Parziquantel และได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์

คะแนน Ranking ข้อ 2	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60%
2 คะแนน	ระหว่าง 61-70 %
3 คะแนน	ระหว่าง 71-80 %
4 คะแนน	ระหว่าง 81-90 %
5 คะแนน	ระหว่าง 91- 100 %

3. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ในการลงข้อมูลในโปรแกรม Heltmint-ovcca

3.1 มีการติดตั้งโปรแกรม Heltminth-ovcca ในสถานบริการ รพ. สสอ. รพ.สต.



3.2 มีการถ่ายทอดขั้นตอนการลงข้อมูลในระดับอำเภอ			
3.3 มีการลงข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาตามที่กำหนด(Ranging 1 และ 2)			
	2 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ทำได้ 1 ข้อ	ทำได้ 2 ข้อ	ทำได้ครบทั้ง 3 ข้อ
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) เทียบบัญญัติไตรยางศ์ เป็น 5 คะแนน			
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: https://ddc.moph.go.th/dcd/		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-263-1616 3. นางสาววิชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 083-742-9482 4. นางจารุวรรณ ศรีสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 064-656-1054		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจารุวรรณ ศรีสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 064-656-1054		



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 14)	ร้อยละกลุ่มผู้มีความเสี่ยง CCA ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ (ค่าเป้าหมาย : 100%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิ์ (Type area 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ 2.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป 3.มีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดแบบมีเกล็ด ดิบๆสุๆ หรือกินปลาร้าไม่ต้ม 4.ประชากรที่มีกลุ่มอาการ Dyspepsia (ท้องอืดเป็นประจำ เหนื่อย เพลีย น้ำหนักลด) 5.เคยอัลตราซาวด์ พบ PDF2, PDF3 เพิ่มเติม • เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ • เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ • มีประวัติญาติสายตรง ป่วยหรือเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี • มีวิธีการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวที่มีผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 ประชากรที่มีความเสี่ยงตามนิยาม ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100 ทุกสิทธิ์	
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี ในระยะเริ่มแรก และในรายที่พบความผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันท่วงที
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีกำหนด ในปีงบประมาณ ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ โดยตามความเสี่ยง ดังนี้ 1.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ 2.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป 3.มีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดแบบมีเกล็ด ดิบๆสุๆ หรือกินปลาร้าไม่ต้ม



	4.ประชากรที่มีกลุ่มอาการ Dyspepsia (ท้องอืดเป็นประจำ เหนื่อย เพลีย น้ำหนักลด) 5.เคยอัลตราซาวด์ พบ PDF2, PDF3 <u>เพิ่มเติม</u> • เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ • เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ • มีประวัติญาติสายตรง ป่วยหรือเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี • มีวิถีการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวที่มีผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม 1.1 รหัสการวินิจฉัย Z12.8 : Specific screening for CA 1.2 อัลตราซาวด์ รหัสหัตถการการตรวจบันทึกใน 43 แฟ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แฟ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตถการ= 9270700 กรณีผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ ให้บันทึก ดังนี้ -Liver mass = D37.6 (mass hepatic) -Dilated duct = K83.1 (bile duct obstruction) -cholecystitis unspecified = K81.9 -PDF = R 93.2 (Abnormal finding on diagnosis imagine of liver) -Fatty liver = K76.0 -Cirrhosis = K74.6 -Gall bladder thickening = K82.8 -Gall stone = K80.2 -Ascites = R18.0 -อื่น ๆ Jaundice = R17.0, CA Liver = C22, CHCA = C22.1 2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilated Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา 3. จัดเก็บข้อมูลผ่านไฟล์ EXCEL และ สรุปผลการดำเนินงานรายเดือน (สรุปรายงานส่งทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน)
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3 2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000							
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)							
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :								
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569								
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569								
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม							
1 คะแนน	- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.25 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.25 คะแนน) - มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.25 คะแนน) - การส่งรายงานการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ทันตามกำหนด (กำหนดส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน) (0.25 คะแนน)							
2 คะแนน	- มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย แยกตามความเสี่ยง (0.5) - มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ (1.5)							
2 คะแนน	- ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ <table><tr><td>< 100 %</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>100</td><td>2 คะแนน</td></tr></table>				< 100 %	1 คะแนน	100	2 คะแนน
< 100 %	1 คะแนน							
100	2 คะแนน							
รวมคะแนน ทั้ง 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data								
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)					
			2566	2567	2568			
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์		ร้อยละ	106.83	102.66	105.73			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789 2) นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 081 790 2731 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี							



ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789 นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 081 790 2731 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301
-------------------------	---

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 15	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ (R 15)	ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ตรง และโรคมะเร็งปากมดลูก (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยาเมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี * ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานใน ปีงบประมาณนั้นได้ 2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้นหลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based



cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ $\geq$ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติ แนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล

3) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ

5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2571	ปี 2572
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (สะสม)	40 %	50 %	60 %	70 %
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	60 %	60 %	60 %	60 %
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	60 %	60 %	60 %	60 %
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับ การส่องกล้อง colonoscopy	60 %	60 %	60 %	60 %



วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy) 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ) 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ตามเป้าหมาย 5 ปี (C1) 2. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม (C2) 3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP1) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP2) 5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F1) 6. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F2) 7. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL1) 8. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL2) * การบันทึกข้อมูล 1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	1. มะเร็งปากมดลูก - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) - รายงานสรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายเดือน ของหน่วยตรวจและของอำเภอ ผ่าน Google Form และ ไฟล์ Excel - โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform



	2. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง - ข้อมูลประชากร เพิ่ม Person Type area 1,3 - ระบบข้อมูล 43 เพิ่ม (HDC) - รายงานผลการดำเนินงานรายเดือน
รายการข้อมูล 1	$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $A(F_2)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $A(CL_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล 2	$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี (ใช้ฐานประชากรจากทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาเป็นตัวเลขตั้งต้น) $B(CP_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ $B(F_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (Type Area1,3) เป้าหมายรายปี : ประเมินการจาก 10% ของประชากรอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา $B(CL_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งปากมดลูก 1. $(A(C_2) / B(C_1)) \times 100$ 2. $(A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$ สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1. $(A(F_2) / B(F_1)) \times 100$ 2. $(A(CL_2) / B(CL_1)) \times 100$
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : (เฉพาะตัวชี้วัดที่เป็น Ranking)	



ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล							
1 คะแนน	- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.25 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.25 คะแนน) - ส่งรายงานการคัดกรองได้ถูกต้องและทันเวลา (กำหนดส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน) (0.5 คะแนน)							
2 คะแนน	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง <table><tr><td>< 25.00 %</td><td>0.5 คะแนน</td></tr><tr><td>25.00 – 39.99 %</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>≥ 40.00</td><td>2 คะแนน</td></tr></table>		< 25.00 %	0.5 คะแนน	25.00 – 39.99 %	1 คะแนน	≥ 40.00	2 คะแนน
< 25.00 %	0.5 คะแนน							
25.00 – 39.99 %	1 คะแนน							
≥ 40.00	2 คะแนน							
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 100 <table><tr><td>< 50.00 %</td><td>0.2 คะแนน</td></tr><tr><td>50.00 – 99.99 %</td><td>0.5 คะแนน</td></tr><tr><td>100.00 %</td><td>1 คะแนน</td></tr></table>		< 50.00 %	0.2 คะแนน	50.00 – 99.99 %	0.5 คะแนน	100.00 %	1 คะแนน
< 50.00 %	0.2 คะแนน							
50.00 – 99.99 %	0.5 คะแนน							
100.00 %	1 คะแนน							
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง <table><tr><td>< 50 %</td><td>0.2 คะแนน</td></tr><tr><td>50 - 59.99 %</td><td>0.5 คะแนน</td></tr><tr><td>≥ 60.00</td><td>1 คะแนน</td></tr></table>		< 50 %	0.2 คะแนน	50 - 59.99 %	0.5 คะแนน	≥ 60.00	1 คะแนน
< 50 %	0.2 คะแนน							
50 - 59.99 %	0.5 คะแนน							
≥ 60.00	1 คะแนน							

ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
ร้อยละสะสมความครอบคลุมประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA	ร้อยละ	41.84	73.25	14.81
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง	ร้อยละ	92.00	98.27	68.77
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test	ร้อยละ	55.92	131.02	111.65
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ	13.56	74.65	38.57



ที่มา : HDC, โปรแกรม Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2566 – 2568 และ HDC ,แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2568 (เริ่มนับผลงานสะสมใหม่), แบบรายงานผลการดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปี 2568	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสายชล พงษ์พันธุ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3.นางสาวศรีสุนันท์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-581-5789, 087-361-1638, 081-790-2731 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธาชาณี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789 2. นางสายชล พงษ์พันธุ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 087 361 1638 3.นางสาวศรีสุนันท์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 081 790 2731 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 16)	ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	โรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย - ไข้แดงก่ (Dengue fever) รหัสโรค 66 รหัส ICD 10 : A97.9 - ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) รหัสโรค 26 รหัส ICD 10 : A97.0, 97.1 - ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome) รหัสโรค 27 รหัส ICD 10 : A97.2 หมู่บ้าน/ชุมชน สามารถควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ภายใน 28 วัน (2 Generation) หมายถึง มีการระบาดต่อเนื่องน้อยกว่า 28 วัน (พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องกัน โดยวันที่พบผู้ป่วย (วันที่วินิจฉัยสงสัยไข้เลือดออก) ของผู้ป่วยแต่ละรายทิ้งระยะกันไม่เกิน 28 วัน และยังคงควบคุมโรคไม่ได้) การดำเนินการควบคุม ป้องกัน รักษา ส่งต่อ และสื่อสารความเสี่ยง ดังนี้ <u>ระยะก่อนการระบาด</u> - จัดตั้งทีมเฝ้าระวัง และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เคมีภัณฑ์ สเปรย์ฉีดคาวาน ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก - การสำรวจแหล่งน้ำขังและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น การคว่ำภาชนะที่อาจมีน้ำขัง การเก็บขยะ และทำความสะอาดบริเวณที่มีโอกาสมีน้ำขัง - ทุกอำเภอจัดประชุมแนวทางการวินิจฉัย รักษา ส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี <u>ระยะระบาด</u> - มาตรการควบคุมโรค กรณีพบผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยยุงลาย เมื่อได้รับแจ้งควรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคทันทีตามมาตรการ 3-3-1 และเฝ้าระวังโรคต่อเนื่อง 28 วัน ดังนี้ :



	<u>3 ชั่วโมงแรก</u> สถานพยาบาลแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ทราบว่าพบผู้ป่วยโรคติดต่อนำโดยยุงลาย ดำเนินการ ภายใน 3 ชั่วโมง หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย <u>3 ชั่วโมงถัดไป</u> รพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการสอบสวนโรคควบคุมยุงพาหะ โดยการฉีดพ่นสารเคมี (เช่น สเปรย์กระป๋อง) และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้งพบผู้ป่วย <u>1 วันถัดไป</u> หน่วยงานท้องถิ่น พ่นสารเคมีกำจัดยุงพาหะและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านผู้ป่วยและรัศมี 100 เมตร รอบบ้านผู้ป่วย ภายใน 1 วัน หลังได้รับแจ้งพบผู้ป่วย - อสม. สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มเติมหลังพบผู้ป่วยในพื้นที่ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ <u>การวินิจฉัยและรักษา</u> - โรงพยาบาลทุกแห่ง วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้เลือดออก โดยใช้ชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกแบบรวดเร็ว (Dengue NS1 Antigen rapid test) - โรงพยาบาล จัดให้มี Dengue Checkpoint เพื่อคัดกรองและนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่รวดเร็ว รวมถึงใช้ Dengue chart เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยเพื่อลดการเสียชีวิต <u>การสื่อสารความเสี่ยง</u> - ทุกอำเภอ สื่อสารเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมาย ประชาชน ร้านขายยา และสถานบริการทางการแพทย์ผ่านช่องทางต่าง ๆ - โรงพยาบาล ใช้กลไกคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อสื่อสารความเสี่ยงไปยังกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรงและเสียชีวิต - ทุกอำเภอดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคไข้เลือดออกให้กับ อสม. และ อสต. - ให้โรงพยาบาลจ่ายสารทากันยุงให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกราย รวมถึงกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ
เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 2 Generation (28 วัน) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	
อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Generation	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	< ร้อยละ 87.50
2 คะแนน	ร้อยละ 87.51 - 90.00
3 คะแนน	ร้อยละ 90.01 - 92.50
4 คะแนน	ร้อยละ 92.51 - 94.99
5 คะแนน	> ร้อยละ 95
➤ หากมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก หัก 1 คะแนน	
รายละเอียดการประเมิน -คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 87.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด -คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 87.51 - 90.00 ของหมู่บ้านทั้งหมด -คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 90.01 - 92.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด -คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 92.51 - 94.99 ของหมู่บ้านทั้งหมด -คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95 ของหมู่บ้านทั้งหมด *หากมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก หัก 1 คะแนน	
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยูงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-315-9081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 094-2631-616 3. นางนิภา เชื้อไชย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 06-4242-8682
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางนิภา เชื้อไชย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 06-4242-8682

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 17)	ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 ในเด็กอายุ 2 ปี (ค่าเป้าหมาย : >95%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) หมายถึง ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) MMR เข็มที่ 2 หมายถึง การให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 (MMR2) กลุ่มเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี ตามกำหนดการให้วัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2569



	เด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี หมายถึง เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี ที่เกิดระหว่าง 1 ตค 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 ได้รับวัคซีน รวมป้องกันโรคหัด – คางทูม – หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2569					
ค่าเป้าหมายปี 2569 = MMR 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95						
ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
ความครอบคลุม MMR2		2567	2568	2569	2570	
		เป้าหมาย	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
	ผลลัพธ์	86.26	90.46			
วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR2) ให้บรรลุ ตามเกณฑ์เป้าหมายเพื่อป้องกันการระบาดของโรค และเป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัด ตามพันธสัญญานานาชาติ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-เด็กที่อายุถึงเกณฑ์ได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2 (อายุ 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี) ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- หน่วยงานระดับพื้นที่ ที่บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) on Cloud - หน่วยงานระดับพื้นที่ รพ.สต. รายงานข้อมูลการได้รับวัคซีน MMR2 ในพื้นที่ส่ง สสอ. ทุกเดือน สสอ.คืนข้อมูลให้ สสจ.เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม และวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR2					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ					
คำนิยามวัคซีนในการประเมิน	-วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 073 , ICD-10 : Z27.4					



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	MMR 2 ประเมินผล รายไตรมาส
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (อำเภอ/CUP)
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำรายงาน	ตรวจสอบผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนวัคซีน ในฐานข้อมูล HDC จังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มรายงานมาตรฐาน>>ส่งเสริมป้องกัน>>การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569 เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR 2	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม < ร้อยละ 50
1 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม ร้อยละ 50 - 79
2 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม ร้อยละ 80 - 84
3 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม ร้อยละ 85 - 89
4 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม ร้อยละ 90 - 94
5 คะแนน	ผลงานความครอบคลุม $\geq$ ร้อยละ 95
หมายเหตุ : จะประเมินความครอบคลุมของ MMR2 ราย (รายเดือน) คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ได้คะแนนรวมความครอบคลุมของ MMR2 อยู่ในช่วงร้อยละ 50 – 79 คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ได้คะแนนรวมความครอบคลุมของ MMR2 อยู่ในช่วงร้อยละ 80 – 84 คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ได้คะแนนรวมความครอบคลุมของ MMR2 อยู่ในช่วงร้อยละ 85 – 89 คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ได้คะแนนรวมความครอบคลุมของ MMR2 อยู่ในช่วงร้อยละ 90 – 94 คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ได้คะแนนรวมความครอบคลุมของ MMR2 อยู่ในช่วงร้อยละ 95 – 100	
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2569
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 3159-081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 094 – 263-1616 3. นางสิรินธร ดิยะโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 099 – 202-5333



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสิรินธร ดิยะโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 099 - 202-5333

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 9	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ (R 18)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มมากกว่าปีที่ผ่านมา (ค่าเป้าหมาย : เพิ่มจากปีที่ผ่านมา 10%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดใน สถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย 10 กลุ่มอาการ ดังนี้

กลุ่มอาการ	ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)
1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ M79.1(0-9) M179 M54.9(0-9) M25.5 (0-9) M79.8(0-9) M62.6(0-9)	ยาเถาวัลย์เปรียง สหัสตรา ไพล ลูกประคบ ยาพริก
2. กลุ่มอาการไข้ หวัด ไอ เสมหะ ไควิด 19 J00 R09.8 J40 J42 J209 U07.1 U07.2	ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสะมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป
3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ R10.1 R14 K297 K259	ขมิ้นชัน ธาตุบเชย ชิง
4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก K59.0 K64.0 K64.1 K64.2	มะขามแขก ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต
5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน R42 H81.3 T75.3	ยาชิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์



6. กลุ่มอาการจากอัมพฤกษ์-อัมพาต I690 I691 I692 I693 I694 G81	ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ น้ำมันกัญชาสกัด CBD:THC 20:1
7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล B360 R21 L50.9 B029 B009 B353 B354 B356 B372 T20.0 T20.1 T20.2 T21.0 T21.1 T21.2 T22.0 T22.1 T22.2 T23.0 T23.1 T23.2 T24.0T24.1T24.2T25.0T25.1T25.2	ยาพญายอ ยาว่านหางจระเข้ ยาบัวบก ยาพลู ยา ทิงเจอร์ทองพันชั่ง ยาเปลือกมังคุด
8. อาการนอนไม่หลับ F51.0 G47.0	ยาสุขไสยาสน์ น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml ยาหอมเทพจิตร
9. กลุ่มอาการท้องเสีย A09.9	ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลืองปิดสมุทร
10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร R63.0	ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลัก แห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป

แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน (รหัสประเภทบุคลากร 01) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

แพทย์แผนไทยเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนไทย (รหัสประเภทบุคลากร 085) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

วิชาชีพอื่นๆเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพอื่น ๆ (รหัสประเภทบุคลากร 03, 04, 05) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

เกณฑ์เป้าหมาย		
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น		
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ30

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพร 2. เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ประเมินดูการจ่ายยาสมุนไพร ในการรักษา
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลแฟ้ม person 1.2 ข้อมูลแฟ้ม provider 1.3 ข้อมูลแฟ้ม service 1.4 ข้อมูลแฟ้ม diagnosis opd



	1.5 ข้อมูลเพิ่ม drug_opd 1.6 ข้อมูลเพิ่ม procedure_opd 2. ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย และส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) <u>ในปีก่อนหน้า</u>			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย และส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) <u>ในปีปัจจุบัน</u>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((B-A)/A) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569			
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	อำเภอมีแผนการ ขับเคลื่อน/มีนโยบายการใช้ยา สมุนไพร 10 กลุ่มอาการ เจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG	อำเภอมีการใช้ มีการใช้ยาสมุนไพร 10 กลุ่ม อาการ เจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) และมีการพัฒนาระบบการตรวจห้องตรวจแพทย์แผนไทย โดยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือห้องตรวจแพทย์แผนไทย คู่ขนานให้มีประสิทธิภาพ	อำเภอมีการใช้ มีการใช้ยาสมุนไพร 10 กลุ่ม อาการ เจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) และมีการพัฒนาระบบการตรวจห้องตรวจแพทย์แผนไทย โดยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือห้องตรวจแพทย์แผนไทย คู่ขนานให้มีประสิทธิภาพ	อำเภอมีการบูรณาการ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการบริการ การแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์แผน ปัจจุบัน เช่น มีงานวิจัย หรือมีผลงานการพัฒนางานกิจกรรมต่างๆ
	มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 15	มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 15	มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 20	มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่ แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 20
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569				
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
ขั้นตอนที่ 1	1. มีผังโครงสร้าง/นโยบาย/ป้ายประชาสัมพันธ์นโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน (กระทรวงสาธารณสุข ,เขตสุขภาพที่ 10, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานในการขับเคลื่อนชัดเจน			



ขั้นตอนที่ 2	3. มีห้องตรวจแพทย์แผนไทยโดยแพทย์แผนปัจจุบัน - มีแผนผัง (Flow chart) การบริการและการส่งต่อการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน (การคัดกรอง,การรักษา,การรับยา,การF/U) 4. มีระบบให้แพทย์แผนปัจจุบันง่ายต่อการสั่งยา (ผู้ส่งจ่าย : วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน รหัสประเภทบุคลากร 01 ,วิชาชีพแพทย์แผนไทย รหัสประเภทบุคลากร 085 ,วิชาชีพอื่นๆ รหัสประเภทบุคลากร 03, 04, 05) - มีระบบคัดกรองโดยพยาบาลก่อนเข้าพบแพทย์ (Exit Nurse) : กรณี รพท./รพช. - มีโปรแกรมการสั่งยาใน OPD ให้แพทย์สั่งจ่ายยา					
ขั้นตอนที่ 3	5. มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำ 5.1 ปวดกล้ามเนื้อ 5.2 ไข้หวัด ,โควิด -19 5.3 ท้องอืด ,ท้องเฟ้อ 5.4 ท้องผูก ,ริดสีดวงทวารหนัก 5.5 วิเวียน ,คลื่นไส้อาเจียน 5.6 อาการชาจากอัมพฤกษ์ – อัมพาต 5.7 อาการทางผิวหนัง ,แผล 5.8 อาการนอนไม่หลับ 5.9 อาการท้องเสีย (ไม่ติดเชื้อ) 5.10 อาการเบื่ออาหาร					
ขั้นตอนที่ 4	6. มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 15					
ขั้นตอนที่ 5	7. มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก มากกว่าร้อยละ 20					
วิธีการประเมินผล :		ประเมินผลแบบ Milestone				
ขั้นที่	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5	
1 คะแนน	✓					
2 คะแนน	✓	✓				
3 คะแนน	✓	✓	✓			
4 คะแนน	✓	✓	✓	✓		
5 คะแนน	✓	✓	✓	✓	✓	
เอกสารสนับสนุน :		1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2566	2567	2568
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น		ร้อยละ	-	-	22.47
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางปริตา วรากรโอฬาร หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-730-4585 2. นายพัฒนา รุ่งรัมย์วิมานะ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 063-492-3945			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		นายพัฒนา รุ่งรัมย์วิมานะ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 063-492-3945			

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัดที่ (R 19)	ระดับความสำเร็จของ การบริหารจัดการ ด้านทันตสาธารณสุข (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการด้านทันตสาธารณสุข หมายถึง การจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เอื้อต่อการมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี มีระบบรายงานข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ และนำมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 1.ร้อยละการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80 2.พัฒนาระบบนัดหมายบริการทันตกรรม ลดระยะเวลารอคอยนัดหมาย (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) 3.การเข้าถึงบริการทันตกรรม ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด



เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนด 3. ข้อมูลการจัดซื้อรายไตรมาส		
แหล่งข้อมูล	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice 6. ระบบรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A1, A2, A3, ... = คะแนนรายตัวชี้วัดย่อย A = ผลรวมคะแนนรายตัวชี้วัดย่อย B1, B2, B3, ... = คะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย B = ผลรวมคะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย C = ค่าคะแนนของตัวชี้วัดหลังถ่วงน้ำหนัก D = ผลรวมคะแนนของตัวชี้วัดหลังถ่วงน้ำหนัก		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(คะแนนรายตัวชี้วัดย่อย (A1, A2, A3, ...)) ค่าคะแนน 5 / ตัวชี้วัด ผลรวมคะแนนรายตัวชี้วัดย่อย (A) $A = A1 + A2 + A3 + ...$ คะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย (B1, B2, B3, ...) ค่าคะแนน 0-5 / ตัวชี้วัด ***กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0-5 ตามช่วงของผลงาน*** ผลรวมคะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย (B) $B = B1 + B2 + B3 + ...$ การคำนวณ $D = (C*B) / A$		



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

1. ร้อยละการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80
2. พัฒนาระบบนัดหมายบริการทันตกรรม งานทันตกรรมพื้นฐาน ไม่เกิน 1 เดือน (เฉพาะอุดฟัน)
3. การเข้าถึงบริการทันตกรรม ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1. ร้อยละการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80
2. พัฒนาระบบนัดหมายบริการทันตกรรม งานทันตกรรมเฉพาะทาง 1 แนวทาง / ประเภทบริการ
(**รายละเอียด :** กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
จะแจ้งให้ทราบในการประชุม บุคลากรทันตสาธารณสุข หรือจากการนิเทศงานรอบที่ 1 /2569)

วิธีการประเมินผล :

ตรวจสอบผลงานจากฐานข้อมูล จากระบบรายงาน HDC
และจากผู้ประเมิน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารสนับสนุน :

ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
1. คุณภาพการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน)	ร้อยละ	-	-	78.31
2. ลดระยะเวลารอดคอยนัดหมายบริการทันตกรรม นัดอุดฟันไม่เกิน 1 เดือน และมีแผนลดระยะเวลารอดคอยบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	-	N/A	N/A	N/A
3. การเข้าถึงบริการทันตกรรม	ร้อยละ	51.95	53.94	54.63

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชีวิต**

1. ทพญ. อุมพร รุ่งศรีมีทวีมานะ
ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-174-2289
2. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157
3. นางรัชณี ชันทอง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
Email : ratchanee_dent26@hotmail.com Mobile : 080-476-7231
4. นายธนบัตร สองห้องนอก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)
Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายธนบัตร สองห้องนอก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) Email : ohm0933955893@gmail.com Mobile : 095-263-5485

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัดที่ (R 20)	ระดับความสำเร็จ การบริการด้านทันตสาธารณสุข ของกลุ่มวัย (คำเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริการด้านทันตสาธารณสุข ของกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 50 2.ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 55 3.ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free) ร้อยละ 77 (ตรวจ $\geq$ ร้อยละ 50) 4.ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ 70 5.ศูนย์การศึกษาพิเศษด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง / อำเภอ 6.เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ 60 7.เด็ก ป.1 และ ป.6 ทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1



	และ 2 (คน) ร้อยละ 30 8. เด็กอายุ 12 ปีปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน) ร้อยละ 74 (ตรวจ ≥ ร้อยละ 50) 9. กิจกรรมโรงเรียนต้นแบบผู้พิทักษ์ฟันดี รุ่น 5 3 โรงเรียน / อำเภอ (ผ่านเกณฑ์ 11 กิจกรรม) 10. เด็ก 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85 (ตรวจ ≥ ร้อยละ 50) 11. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ร้อยละ 75 12. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (PMDs) ร้อยละ 50 13. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 80 14. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 40 (ตรวจ ≥ ร้อยละ 50) 15. ผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์ 1 คน / อำเภอ 16. ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง / อำเภอ 17. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำแนะนำและรับการดูแลสภาวะปริทันต์ ร้อยละ 30						
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 : ระดับความสำเร็จ การบริการด้านทันตสาธารณสุข ของกลุ่มวัย							
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ (รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต.)						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนด						
แหล่งข้อมูล	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice						
รายการข้อมูล 1	A1, A2, A3, ... = คะแนนรายตัวชี้วัดย่อย						



	A = ผลรวมคะแนนรายตัวชี้วัดย่อย B1, B2, B3, ... = คะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย B = ผลรวมคะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย C = ค่าคะแนนของตัวชี้วัดหลังถ่วงน้ำหนัก D = ผลรวมคะแนนของตัวชี้วัดหลังถ่วงน้ำหนัก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-คะแนนรายตัวชี้วัดย่อย (A1, A2, A3, ...) ค่าคะแนน 5 / ตัวชี้วัด -ผลรวมคะแนนรายตัวชี้วัดย่อย (A) $A = A1 + A2 + A3 + \dots$ -คะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย (B1, B2, B3, ...) ค่าคะแนน 0-5 / ตัวชี้วัด ***กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0-5 ตามช่วงของผลงาน*** -ผลรวมคะแนนตามผลงานรายตัวชี้วัดย่อย (B) $B = B1 + B2 + B3 + \dots$
ระยะเวลาประเมินผล	แบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2568 - 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2569 - 15 สิงหาคม 2569
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 (ข้อละ 0.34 x15 = 5 คะแนน)	
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 50 - ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 20 - ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free) ร้อยละ 30 - ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ 30 - เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ 20 - เด็ก ป.1 และ ป.6 ทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (คน) ร้อยละ 10 - เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน) ร้อยละ 30 - เด็ก 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 30 - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ร้อยละ 40 - ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (PMDs) ร้อยละ 25 - ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 40 - ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 35 - ผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์ 1 คน / อำเภอ	



14.ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง / อำเภอ

15.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำแนะนำและรับการดูแลภาวะปริทันต์ ร้อยละ 10

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568 (ข้อละ $0.36 \times 14 = 5$ คะแนน)

1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 50

2.ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 55

3.ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free) ร้อยละ 77

4.ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ 70

5.ศูนย์การศึกษาพิเศษด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง / อำเภอ

6.เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ 60

7.เด็ก ป.1 และ ป.6 ทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (คน) ร้อยละ 30

8.เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน) ร้อยละ 74

9.กิจกรรมโรงเรียนต้นแบบผู้พิทักษ์ฟันดี รุ่น 5 (3 โรงเรียน) / อำเภอ (ผ่านเกณฑ์ 11 กิจกรรม)

10. เด็ก 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85

11.ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ร้อยละ 75

12.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (PMDs) ร้อยละ 50

13.ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 80

14.ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)

ร้อยละ 40 (ตรวจ $\geq$ ร้อยละ 50)

รายละเอียดการประเมิน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
จะชี้แจงให้บุคลากรทันตสาธารณสุข ทราบในการประชุมประจำเดือน หรือ การออกนิเทศงาน

เอกสารสนับสนุน : ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data ปี 2566-2568

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร	ร้อยละ	39.16	43.83	43.74
2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก	ร้อยละ	70.27	73.82	74.10
3. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free)	ร้อยละ	79.10	80.02	85.08
4. เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	75.36	78.29	80.54
5. ศูนย์การศึกษาพิเศษด้านทันตสุขภาพ	จำนวน	N/A	N/A	N/A



6. เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน)	ร้อยละ	68.43	70.52	72.14
7. เด็ก ป.1 และ ป.6 ทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ซี่ที่ 1 และ 2 (คน)	ร้อยละ	21.45	29.49	23.80
8. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) (คน)	ร้อยละ	76.77	74.48	78.75
9. กิจกรรมโรงเรียนต้นแบบผู้พิทักษ์ฟันดี รุ่น 5	จำนวน	-	-	80.00
10. เด็ก 0-12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
11. ผู้สูงอายุ ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	ร้อยละ	24.51	33.88	37.69
12. ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (PMDs)	ร้อยละ	28.06	48.92	60.69
13. ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	66.21	65.92	64.22
14. ผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)	ร้อยละ	53.18	56.28	63.38
ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ. อุมพร รุ่งรัศมีทวีมานะ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-1742289 2. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157 3. นางรัชณี ชันทอง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน Email : ratchanee_dent26@hotmail.com Mobile : 080-4767231 4. นายธนบัตร สองห้องนอก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายธนบัตร สองห้องนอก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			



นโยบาย นพ.สจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
ตัวชี้วัดที่ (R 21)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล และการส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมโรงเรียน อย.น้อย , โรงเรียน อย.น้อย พลัส และ ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล และ การส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมโรงเรียน อย.น้อย , โรงเรียน อย.น้อย พลัส และ ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร. มีเกณฑ์และตัวชี้วัดที่กำหนด ดังนี้ 1) การดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 1.1 ระดับโรงพยาบาล -จะต้องดำเนินการตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับ โรงพยาบาล ≥ 10 ข้อขึ้นไป ใน 12 ข้อ -ร้อยละ 100 ของแพทย์และเภสัชกรผู้รับผิดชอบ RDU และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลทุกแห่ง เข้าร่วมอบรมวิชาการ RDU และการลงข้อมูล ICD10 ของตัวชี้วัด RDU -ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด 1.2 ระดับ รพ.สต. ->ร้อยละ 80 ของจำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายอำเภอ ผ่านเกณฑ์การใช้อย่างถูกวิธีใน URI และ AD ตามเป้าหมายที่กำหนด (นับรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่ อปท.) -ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอำเภอทุกแห่งดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด -โรงพยาบาลมีเภสัชกรที่จบหลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างน้อย 1 คน/แห่ง 1.3 ระดับชุมชน อำเภอผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดตามมาตรการ ร้อยละ 100 -ร้านชำปลอดยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายตามเกณฑ์ G-RDU $\geq$ ร้อยละ 11 ของจำนวนร้านชำทั้งหมดในอำเภอ



- มีโรงเรียนส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Smart School RDU) อย่างน้อย 2 แห่งต่ออำเภอ
- มีชุมชนจัดการปัญหา RDU อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ โดยใช้กลไก บวร.ร.และลงข้อมูลใน FDA Center
- มีการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่มีปัญหา NCD ที่มีความเสี่ยงในการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย อย่างน้อย 2 เคส/เดือน
- ร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 มากกว่าร้อยละ 80
- กำกับให้คลินิกประเมินตนเองด้าน RDU และผลประเมินต้องอยู่ในระดับ 2 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 50
- อำเภอทุกแห่งมีการส่งเสริมความรู้การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกกฎหมาย ให้ผู้ประกอบการร้านค้า และการใช้ยาให้ถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย อสม. เป็นครู ก

โดยต้องดำเนินการตามมาตรการ ดังนี้

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ใน รพ. ตามกฎแฉ 6 ดอก (PLEASE)
- 2) รพ.ทบทวนเวชระเบียนทุกกรณีในตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะ ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน AD, FTW, RI และกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหา
- 3) ทบทวนความถูกต้องของ 43 แฟ้ม ก่อนส่งข้อมูลทุกครั้ง
- 4) จัดให้มีระบบการตรวจสอบ และการ Feedback ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ ของผู้ส่งใช้ หากพบการส่งใช้ยาไม่เหมาะสม
- 5) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกหรือใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน
- 6) ติดตามผลการดำเนินงาน RDU ใน HDC ทุกเดือน และ Feedback ให้ผู้บริหาร สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทุกเดือน
- 7) จัดปฐมนิเทศ/ประเมินความรู้เรื่อง RDU สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลให้ผู้รับบริการหรือประชาชน เน้นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- 1) รพ. นิเทศ กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังในระดับตำบล ในพื้นที่ ที่ยังไม่ผ่าน KPI อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนรู้
- 2) ติดตามผลการดำเนินงาน RDU ใน HDC ทุกเดือน และ Feedback ให้ผู้บริหาร และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทุกเดือน



3) มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ (เช่น ประชุม/อบรม สื่อประชาสัมพันธ์ ต่างๆ) ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคที่เกี่ยวข้อง (ระบบทางเดินหายใจ ท้องเสียเฉียบพลัน และ บาดแผลสด)

4) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกหรือใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

5) โรงพยาบาลมีเภสัชกรที่จบหลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อขับเคลื่อนการทำงานด้าน RDU และเภสัชกรรมในระดับ รพ.สต.และชุมชน

ระดับชุมชน

1) จัดทำฐานข้อมูลร้านชำที่เป็นปัจจุบัน

2) สำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายในร้านค้า ร้านชำในชุมชนโดยใช้โปรแกรม G-RDU

3) กำหนดโรงเรียนที่จะเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Smart School RDU) และพัฒนาโรงเรียนให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล และเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

4) กำหนดชุมชนจัดการปัญหา RDU กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาที่เกิดในชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการ ผลลัพธ์ การแก้ปัญหา และการสะท้อนข้อมูลสู่ชุมชน และกรอกการรายงานผลการดำเนินงานผ่าน FDA Center

5) เยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่มีปัญหา NCD ที่มีความเสี่ยงในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับ อสม.

6) ตรวจประเมินร้านยา ขย.1 ตามเกณฑ์ GPP

7) กำกับให้คลินิกประเมินตนเองด้าน RDU และให้ข้อเสนอแนะคลินิก เพื่อพัฒนา RDU ให้อยู่ในระดับ 2 ขึ้นไป

8) มีการส่งเสริมความรู้การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกกฎหมาย ให้ผู้ประกอบการร้านชำ และการใช้ยาให้ถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุโดย อสม. เป็นครู ก

การส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมโรงเรียน อย.น้อย , โรงเรียน

อย.น้อย พลัส และ ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร. มีเกณฑ์และตัวชี้วัด ที่กำหนด ดังนี้

1.จำนวนโรงเรียน อย.น้อย มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง/อำเภอ โดยรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานผล FDA Center และมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ อย.น้อย สู่ ยุวทูต อย.น้อย

2มีการดำเนินงาน ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร. หรือ RDU Community ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ และรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานผล FDA Center



โรงเรียน อย.น้อย หมายถึง หมายถึง โรงเรียนที่มีการนำองค์ประกอบของกิจกรรม การคุ้มครองผู้บริโภคในสถานศึกษาทั้ง 7 องค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในงานอนามัยโรงเรียนของโรงเรียน มาตรฐาน โรงเรียน อย.น้อย หมายถึง เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อย ที่ให้โรงเรียนใช้ประเมินตนเอง ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐาน 7 ข้อ และสามารถ ประเมินผลได้ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับพอใช้ ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม โรงเรียน อย.น้อย พลัส หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ที่มีการนำเอาองค์ประกอบของกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในสถานศึกษาที่ อย. กำหนดไว้ทั้งสิ้น 7 องค์ประกอบ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในงานอนามัยโรงเรียนของโรงเรียน เพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการดำเนินงานเพิ่มเติม ในประเด็นสำคัญด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ยุวทูต อย.น้อย หมายถึง เยาวชนแกนนำที่ได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน FDA Center หมายถึง ระบบการรายงานผลการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อยโรงเรียน อย.น้อย พลัส และชุมชน บวร.ร. ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ช่องทาง https://fda.go.th/login-admin/ ชุมชน บวร.ร. หมายถึง เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล หรือรพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่มีการดำเนินงานร่วมกันเพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีความรู้ และพฤติกรรมด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัยอย่างยั่งยืน ซึ่งมาจากการร่วมแรงร่วมใจของเครือข่ายในแต่ละชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมในพื้นฐานข้อมูลจากชุมชน ปัญหา และบริบทของคนในชุมชน เพื่อให้เอื้อต่อการเข้าถึงคนในชุมชนมากยิ่งขึ้น ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและมีวัตถุประสงค์เพื่อสุขอนามัยที่ดี ซึ่งครอบคลุมหลายประเภท เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน โดยผลิตภัณฑ์เหล่านี้อยู่ภายใต้การควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อให้มีความปลอดภัยและได้มาตรฐาน 1.การดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย, อย.น้อย พลัส 1) การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย (เกณฑ์มาตรฐาน 1-7) เกณฑ์มาตรฐานที่ 1 โครงสร้างชมรม/ชุมชน และองค์ประกอบ 15 คะแนน



เกณฑ์มาตรฐานที่ 2 กิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ 15 คะแนน
 เกณฑ์มาตรฐานที่ 3 กิจกรรมด้านการตรวจสอบ ฯ 15 คะแนน
 เกณฑ์มาตรฐานที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 15 คะแนน
 เกณฑ์มาตรฐานที่ 5 กิจกรรมบูรณาการสู่การเรียนรู้การสอน 15 คะแนน
 เกณฑ์มาตรฐานที่ 6 การสนับสนุนชมรม / ชุมชม อย. น้อย 15 คะแนน
 เกณฑ์มาตรฐานที่ 7 กิจกรรมพิเศษอื่น ๆ 15 คะแนน

การประเมินโรงเรียน อย.น้อย ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ระดับพอใช้ : ได้คะแนนรวม ต่ำกว่า 50 คะแนน

ระดับดี : ตั้งแต่ 50 คะแนน แต่ต่ำกว่า 75 คะแนน

ระดับดีมาก : ตั้งแต่ 75 คะแนน แต่ต่ำกว่า 90 คะแนน

ระดับดีเยี่ยม : ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 90 คะแนน

การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย Plus

โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์โรงเรียน อย.น้อย ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์มาตรฐาน

โรงเรียน อย.น้อย Plus และผ่านเกณฑ์ คือ

2.1) ด้านมาตรฐานและคุณภาพในการดำเนินงานเพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพในสถานศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่า 75 คะแนน ขึ้นไป

2.2) ด้านการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการสร้างความรอบรู้สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ต้องได้คะแนนมากกว่า 120 คะแนน ขึ้นไป

โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดความสำเร็จ ประกอบด้วย

1) มีการส่งเสริมให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย. น้อย

2) มีการส่งเสริมให้โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์โรงเรียน อย.น้อย ดำเนินกิจกรรมตาม

เกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย Plus

3) มีการติดตามให้โรงเรียนตามเป้าหมายประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย. น้อย และโรงเรียน อย.น้อย Plus ผ่านระบบ FDA Center

4) ยกระดับแกนนำ อย.น้อย สู่ ยุวทูต อย.น้อย เสริมศักยภาพของเยาวชนให้เป็นผู้นำ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค สามารถนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และขยายผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างยั่งยืน

การดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยกระบวนการ บวร.ร.

1) ค้นหาปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต้องการแก้ไข หรือพัฒนาให้คนในชุมชนเกิดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเน้นการแก้ปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs



- 2) รวบรวมภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สามารถประสานและร่วมดำเนินงานกับทุกเครือข่าย ในชุมชนได้ โดยเฉพาะเป็นเครือข่ายการดำเนินงานหลักของ บวร. ได้แก่
 - เครือข่ายบ้าน (ผู้นำชุมชน, อปท., หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน)
 - เครือข่ายวัด (เครือข่ายด้านศาสนา)
 - เครือข่ายโรงเรียน
 - เครือข่ายโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3) ค้นหากิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่
- 4) ดำเนินกิจกรรมตามแผน
- 5) สรุปและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานผล FDA Center โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดความสำเร็จ ประกอบด้วย
 - มีการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินกิจกรรม โดยใช้หลักการ บวร. แก้ปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs คือ
- 1) สำรวจสถานการณ์พื้นฐาน ค้นหาปัญหาในพื้นที่
 - สำรวจร้านค้า สถานประกอบการ และผลิตภัณฑ์เสี่ยง
 - เก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้บริโภคและผู้ประกอบการ
 - จัดทำรายงานสถานการณ์ประจำอำเภอ
- 2) พัฒนาเครือข่ายและภาคี
 - ประชุมคณะทำงาน บวร. / อย.น้อย / รพ.สต. / อสม.
 - จัดตั้งไลน์กลุ่มเครือข่ายแจ้งเตือนผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - พัฒนาร้านต้นแบบ G-RDU และร้านชุมชนปลอดภัย RDU-Community
- 3) สร้างองค์ความรู้และเสริมพฤติกรรม
 - อบรมผู้ประกอบการด้านกฎหมาย และมาตรฐาน
 - จัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชน และโรงเรียน อย.น้อย
 - จัดทำสื่อความรู้ เช่น อินโฟกราฟิก คลิปสั้น แผ่นพับ Social Media
- 4) ปฏิบัติการติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อแก้ไขปัญหา ตามบริบทพื้นที่
 - ตรวจร้านค้าและจุดเสี่ยงในพื้นที่
 - คัดกรองผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย / ไม่ได้มาตรฐาน
 - ติดตามการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อย
- 5) สรุปผลงานและขยายผล
 - ทำรายงานสรุปผลประจำปี คืบข้อมูลให้พื้นที่
 - นำเสนอ Best Practice
 - นำเสนอในเวทีอำเภอ/จังหวัด



	- วางแผนการดำเนินงานปีต่อไป
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล และการส่งเสริมการดำเนินกิจกรรม 1.โรงเรียน อย.น้อย , 2.โรงเรียน อย.น้อย พลัส 3.ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับ และชุมชนมีการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล และให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนมีความรอบรู้ในการใช้อย่างสมเหตุผล เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา 2. เพื่อสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนงานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานศึกษา ผ่านกิจกรรมโรงเรียน อย. น้อย อย.และโรงเรียน น้อย Plus อย่างต่อเนื่อง 3. ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียน อย. น้อย สู่วิทยาลัย น้อย Plus 4. สร้างแกนนำ สื่อสารสุขภาพ ยุวทูต อย.น้อย 5. มีชุมชนรอบรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยเครือข่าย บวร.ร.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สถานพยาบาลทั้งภาครัฐทั้งระดับ รพ., สสอ, รพ.สต.และ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน 2.โรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาขยาย โอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดต่างๆ ทั้ง 25 อำเภอ ดังนี้ -สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.29 อุบลราชธานี-อำนาจเจริญ) -สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาระถมศึกษา (สพป.1-5) -สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) -องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / โรงเรียนสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน/-อื่น ๆ 3. ชุมชนรอบรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ “ชุมชนต้นแบบ” “ชุมชนใหม่” ด้วยเครือข่าย บวร.ร. โดยเครือข่ายประกอบด้วย บ้าน (ผู้นำชุมชน, อปท., หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน) วัด (เครือข่ายด้านศาสนา) โรงเรียน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม, การประเมินตนเอง และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการดำเนินงาน, ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ความสำเร็จของการส่งเสริมการดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียน ออย.น้อย , โรงเรียน ออย.น้อย พลัส และ ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร.

ข้อ 1 จำนวนโรงเรียน ออย.น้อย มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง/อำเภอ โดยรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานผล FDA Center และมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ ออย.น้อย สู่ ยุวทูต ออย.น้อย

ข้อ 2 มีการดำเนินงาน ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร. หรือ RDU Community ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ และรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานผล FDA Center

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 (ประเมินระหว่าง 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569)

ขั้นตอน	กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1	1. สำรวจและปรับปรุงฐานข้อมูลโรงเรียน ออย.น้อย ในพื้นที่ 2. สำรวจสถานการณ์ ฐานข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น จำนวน ร้านค้า ร้านชำในชุมชน ค้นหาปัญหา-ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของชุมชน
ขั้นตอนที่ 2	1. มีการประสานงาน เพื่อสร้างเครือข่ายการดำเนินงานโรงเรียน ออย.น้อย ในพื้นที่ 2. มีการรวมกลุ่มของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สามารถประสานและร่วมดำเนินงาน ในชุมชนได้ โดยเฉพาะเป็นเครือข่ายการดำเนินงานหลักของ บวร.ร. ได้แก่ - เครือข่ายบ้าน (ผู้นำชุมชน, อปท., หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน) - เครือข่ายวัด (เครือข่ายด้านศาสนา) - เครือข่ายโรงเรียน - เครือข่ายโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ขั้นตอนที่ 3	1. มีแผนการดำเนินงาน โรงเรียน ออย. น้อย ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน ออย. น้อย และ ออย.น้อย พลัส เช่น กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียน รณรงค์ รู้เท่าทันผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การตรวจฉลากเครื่องสำอาง 2. มีแผนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพสร้างองค์ความรู้และเสริมพฤติกรรมดำเนินงาน ชุมชน บวร.ร. โดยอาศัย ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น ให้ความรู้ผู้ประกอบการเรื่อง กฎหมาย / อ่านฉลาก / การใช้ยาอย่างรู้เท่าทัน ให้ความรู้ประชาชนในชุมชนหรือโรงเรียน ออย. น้อย ทำสื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ คลิปสั้น Infographic เสียงตามสาย Social media เพื่อสื่อสารเรื่อง ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน



ขั้นตอนที่ 4	1. มีแผนการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ อย.น้อย ให้ได้รับการเสริมสร้างความรู้ และทักษะด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สู่ยุทธ อย.น้อย เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน 2. มีแผนกิจกรรมติดตาม ฝ่าละออง เพื่อแก้ไขปัญหา/ลดความเสี่ยง ตามบริบทพื้นที่ เช่น ตรวจร้านค้าในอำเภอแบบเชิงรุก คัดกรองผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย / ไม่มี อย. / เครื่องสำอางอันตราย / โรงเรียน อย.น้อย ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง / แจกเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเครือข่าย และมีรายงานผลการดำเนินงาน บันทึกการตรวจร้านค้าร้านค้า มีภาพก่อน-หลัง รายงานผลการแก้ไขปัญหา/แจกเตือน
ขั้นตอนที่ 5	1. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน โรงเรียน อย. น้อย ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย ,อย.น้อย พลัส พัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ อย.น้อย สู่ยุทธ อย.น้อย แต่ยังไม่ครบถ้วน 2. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน ชุมชนรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยเครือข่าย บวร.ร. แต่ยังไม่ครบถ้วน

การประเมินแบบ Milestone รอบที่ 1 /2569

ขั้นตอน	คะแนน Ranking				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 2		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 3			ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 4				ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 5					ผ่าน

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 (ประเมินระหว่าง 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	1. มีฐานข้อมูลโรงเรียน อย.น้อย ในพื้นที่ 2. มีรายงานสถานการณ์ มีข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น จำนวน ร้านค้า ร้านชำในชุมชน มีการค้นหาปัญหา-ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของชุมชนที่พบ
ขั้นตอนที่ 2	1. มีเครือข่ายการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อย ในพื้นที่ 2. มีคำสั่งคณะทำงาน มีการประชุมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดย กลไก บวร.ร. (รายงานการประชุม รายชื่อภาคีเครือข่าย ภาพถ่ายกิจกรรม ผลการตอบรับของชุมชน แผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา)



ขั้นตอนที่ 3	1. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน โรงเรียน อย. น้อย ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย และ อย.น้อย พลัส เช่น กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียน รณรงค์ รู้เท่าทันผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การตรวจฉลากเครื่องสำอาง 2. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนาศักยภาพสร้างองค์ความรู้และเสริมพฤติกรรม ดำเนินงานชุมชน บวร.ร. โดยอาศัย ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น ให้ความรู้ผู้ประกอบการเรื่อง กฎหมาย / อ่านฉลาก / การใช้ยาอย่างรู้เท่าทัน ให้ความรู้ประชาชนในชุมชน หรือโรงเรียน อย. น้อย ทำสื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ คลิปสั้น Infographic เสียงตามสาย Social media เพื่อสื่อสารเรื่อง ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
ขั้นตอนที่ 4	1. มีการส่งเสริมให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย และให้ผ่านเกณฑ์ฯ อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ โดยรายงานผ่าน FDA Center มีกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพนักเรียน อย.น้อย สู่การคัดเลือกต้นแบบ เพื่อเป็น ยุวทูต อย.น้อย ระดับจังหวัด (อย่างน้อย 1 คน/อำเภอ) 2. มีการดำเนินกิจกรรมติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อแก้ไขปัญหา/ลดความเสี่ยง ตามบริบทพื้นที่ เช่น ตรวจร้านค้าในอำเภอแบบเชิงรุก คัดกรองผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย / ไม่มี อย. / เครื่องสำอางอันตราย / โรงเรียน อย.น้อย ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง / แจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเครือข่าย และมีรายงานผลการดำเนินงาน บันทึกการตรวจร้านค้าร้านค้า มีภาพ ก่อน-หลัง รายงานผลการแก้ไขปัญหา/แจ้งเตือน
ขั้นตอนที่ 5	1. มีการส่งเสริมให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย และให้ผ่านเกณฑ์ฯ อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ โดยรายงานผ่าน FDA Center และมีการส่งเสริมให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย พลัส และมีการรายงานผ่าน FDA Center หรือ มีนักเรียน อย.น้อยในพื้นที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นยุวทูต อย.น้อย 2. มีการสรุปและรายงานผลการดำเนินงานชุมชน บวร.ร. ผ่านระบบ FDA Center วิเคราะห์จุดเด่น จุดอ่อน และข้อเสนอแนะ เสนอแผนปีถัดไป เกิดการขยายผลไปหมู่บ้านอื่น / โรงเรียนอื่น

การประเมินแบบ Milestone รอบที่ 2 /2569

ขั้นตอน	คะแนน Ranking				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 2		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 3			ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 4				ผ่าน	ผ่าน
ขั้นตอนที่ 5					ผ่าน



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2569 RDU District (ประเมินรอบ 1,2)													
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล													
<u>ความสำเร็จระดับ 1</u> ผ่านเกณฑ์ 1 ระดับ ระดับใดก็ได้ ใน 3 ระดับ (ระดับโรงพยาบาล หรือ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ระดับชุมชน)													
<u>ความสำเร็จระดับ 2</u> ผ่านเกณฑ์ 2 ระดับ (ระดับใดก็ได้ รวม 2 ระดับ)													
<u>ความสำเร็จระดับ 3</u> ผ่านเกณฑ์ 3 ระดับ โดยดำเนินการตามมาตรการระดับโรงพยาบาล 5 ข้อ ใน 7 ข้อ ดำเนินการตามมาตรการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกข้อ และระดับชุมชนดำเนินการตามมาตรการทุกข้อ													
<u>ความสำเร็จระดับ 4</u> ผ่านเกณฑ์ 3 ระดับ โดยดำเนินการตามมาตรการระดับโรงพยาบาล 6 ข้อ ใน 7 ข้อ ดำเนินการตามมาตรการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกข้อ และระดับชุมชนดำเนินการตามมาตรการทุกข้อ													
<u>ความสำเร็จระดับ 5</u> ผ่านเกณฑ์ 3 ระดับ ดำเนินการตามมาตรการทุกข้อ ของทุกระดับ													
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569													
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569													
	<table> <tr> <th>คะแนน Ranking</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1 คะแนน</td><td>ความสำเร็จระดับ 1</td></tr> <tr> <td>2 คะแนน</td><td>ความสำเร็จระดับ 2</td></tr> <tr> <td>3 คะแนน</td><td>ความสำเร็จระดับ 3</td></tr> <tr> <td>4 คะแนน</td><td>ความสำเร็จระดับ 4</td></tr> <tr> <td>5 คะแนน</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr> </table>	คะแนน Ranking	เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1	2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2	3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3	4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4	5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5
คะแนน Ranking	เกณฑ์การให้คะแนน												
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1												
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2												
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3												
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4												
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5												
นำการประเมินทั้งสองส่วน รวมกันแล้วหาร 2 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)													
วิธีการประเมินผล	ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, ผลการดำเนินงาน, ผลการประเมินตนเอง, ผลการตรวจร้านยา GPP ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยม ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com 2.หัวหน้างานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ นางสาวติยารัตน์ ภูติยา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร 086-581-0822 อีเมลล์ tiyarat2008@hotmail.com												



	3.หัวหน้างานอาหารปลอดภัย นางณัฐธิดา แสนทวิสุข ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ เบอร์โทร 089-624-9751 อีเมลล์ foodubon2022@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.ภญ.วิชชุดา สืบสาย ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ เบอร์โทร 045-243 301 ต่อ 202	2. นางสาวสนิษฐ์ สุวรรณราช ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ เบอร์โทร 081-7328168
	3.ภญ.พิชญ์สินี บุคดีเสาร์ ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ เบอร์โทร : 090-2528998	4.ภญ.ภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ เบอร์โทร 081-8793199

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
ตัวชี้วัดที่ (R 22)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพและการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้อมูลแพ้ยา ประวัติการใช้ยา กับโปรแกรมการบริการของโรงพยาบาล (One Data One Pharmacy Ubon Ratchathani) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพและการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้อมูลแพ้ยา ประวัติการใช้ยา กับโปรแกรมการบริการของโรงพยาบาล (One Data One Pharmacy Ubon Ratchathani)



มีเป้าหมายตัวชี้วัด และมาตรการดังนี้

1. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลแพทย์จังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาล มีระบบการส่งข้อมูลแพทย์ อัตโนมัติสู่ฐานข้อมูลแพทย์จังหวัดอุบลราชธานี
2. รพ.สต.ทุกแห่ง เข้าถึงข้อมูลแพทย์จังหวัดอุบลราชธานีได้ โดย รพ.สต. มีรหัสผ่าน เข้าถึงข้อมูลแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี
3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย จังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการเภสัชกรรม และรพ.ทุกแห่ง มีรหัสผ่าน ในการเข้าดูประวัติการใช้ยาผู้ป่วย ผ่าน โปรแกรม Personal Health Record (PHR) หรือ Smart EMR
4. รพ.ทุกแห่งมีการเฝ้าระวังและรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน HPVC (รายงาน ADRs เฉพาะยา) โดย รพ.ระดับ A, S, M1 และ M2 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 140 รายงาน/ปีงบประมาณ และโรงพยาบาล ระดับ F1-F3 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 16 รายงาน/ปีงบประมาณ (คิดจากค่าเฉลี่ยของ รพ.แต่ละระดับ เมื่อปีงบประมาณ 2568) และมีคุณภาพการรายงานคะแนนเฉลี่ย ≥ 2 คะแนนขึ้นไป และ รายงาน Tawai (รายงาน APRs จากผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากยา) โดย รพ.ระดับ A, S, M1 และ M2 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 70 รายงาน/ปีงบประมาณ และโรงพยาบาล ระดับ F1-F3 ให้มีการรายงาน อย่างน้อย 16 รายงาน/ปีงบประมาณ (คิดจากค่าเฉลี่ยของ รพ.แต่ละระดับ เมื่อปีงบประมาณ 2568) และมีคุณภาพการรายงานคะแนนเฉลี่ย ≥ 2 คะแนนขึ้นไป
5. รพ.ทุกแห่งมีระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ (Preventable ADRs) เน้นยาปฏิชีวนะ NSAIDs Steroids และยาชุด โดยให้ รพ.จัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ และรายงานผลการดำเนินงานด้วย
6. รพ.ทุกแห่งมีนโยบาย แนวทาง หรือมีการตรวจเฝ้าระวัง เน้นที่ยา Allopurinol และ Carbamazepine โดย รพ.ต้องกำหนดนโยบาย แนวทาง การตรวจเฝ้าระวัง และสื่อสารกันในองค์กร สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และออกบัตรตรวจเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยด้วย
- 7.รพ. และ รพ.สต. ทุกแห่งมีแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และรายงาน อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกที่เกิดจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA หรือ Metformin - Associated Lactic Acidosis) โดยจัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และรายงานอุบัติการณ์
- 8.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านยา/มีระบบการรายงานการแพทย์ เข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย



เกณฑ์เป้าหมาย ค่าเป้าหมายความสำเร็จระดับ 5			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศด้านยา ประวัติแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นหนึ่งเดียวทั้งจังหวัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และไม่พบอุบัติเหตุการแพ้ยาในจังหวัดอุบลราชธานี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐทั้งระดับ รพ., สสอ, รพ.สต.และ บุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม HPVC, TAWAI การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม, การประเมินผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม HPVC, TAWAI, Smart EMR, Personal Health Record : PHR, รายงานผลการดำเนินงาน, ผลการนิเทศติดตามลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา			
โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพเหตุผล และงานเภสัชปฐมภูมิ			
ความสำเร็จระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ข้อ (ข้อใดก็ได้ใน 8 ข้อ) และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด			
ความสำเร็จระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 5 ข้อ (ข้อใดก็ได้ใน 8 ข้อ) และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด			
ความสำเร็จระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 6 ข้อ (ข้อใดก็ได้ใน 8 ข้อ) และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด			
ความสำเร็จระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 7 ข้อ (ข้อใดก็ได้ใน 8 ข้อ) และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด			
ความสำเร็จระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดครบ 8 ข้อ และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด			
มีตัวชี้วัด 8 ข้อ ดังนี้			
1. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลแพทย์จังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการโรงพยาบาล			
2. รพ.สต.ทุกแห่ง เข้าถึงข้อมูลแพทย์จังหวัดอุบลราชธานีได้ มีรหัสผ่าน เข้าถึงข้อมูลแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี			
3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี กับระบบบริการเภสัชกรรม และรพ.ทุกแห่ง มีรหัสผ่านในการเข้าดูประวัติการใช้ยาผู้ป่วย ผ่าน โปรแกรม Personal Health Record (PHR) หรือ Smart EMR			



4. รพ.ทุกแห่งมีการเฝ้าระวังและรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน HPVC (รายงาน ADRs เฉพาะยา) โดย รพ.ระดับ A, S, M1 และ M2 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 140 รายงาน/ปีงบประมาณ และโรงพยาบาล ระดับ F1-F3 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 16 รายงาน/ปีงบประมาณ (คิดจากค่าเฉลี่ยของ รพ.แต่ละระดับเมื่อปีงบประมาณ 2568) และมีคุณภาพการรายงานคะแนนเฉลี่ย ≥ 2 คะแนนขึ้นไป และ รายงาน Tawai (รายงาน APRs จากผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากยา) โดย รพ.ระดับ A, S, M1 และ M2 ให้มีการรายงานอย่างน้อย 70 รายงาน/ปีงบประมาณ และโรงพยาบาล ระดับ F1-F3 ให้มีการรายงาน อย่างน้อย 16 รายงาน/ปีงบประมาณ (คิดจากค่าเฉลี่ยของ รพ.แต่ละระดับ เมื่อปีงบประมาณ 2568) และมีคุณภาพการรายงานคะแนนเฉลี่ย ≥ 2 คะแนนขึ้นไป

5. รพ.ทุกแห่งมีระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ (Preventable ADRs) เน้นยาปฏิชีวนะ NSAIDs Steroids และยาชุด โดยให้ รพ.จัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ และรายงานผลการดำเนินงานด้วย

6. รพ.ทุกแห่งมีนโยบาย แนวทาง หรือมีการตรวจยืนยันแพ้ยา เน้นที่ยา Allopurinol และ Carbamazepine โดย รพ.ต้องกำหนดนโยบาย แนวทาง การตรวจยืนยันแพ้ยา และสื่อสารกันในองค์กร สหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง และออกบัตรตรวจยืนยันแพ้ยาให้ผู้ป่วยด้วย

7. รพ. และ รพ.สต. ทุกแห่งมีแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติก ที่เกิดจากการใช้ยาเมทฟอร์มิน (MALA หรือ Metformin - Associated Lactic Acidosis) โดยจัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และรายงานอุบัติการณ์

8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านยา/มีระบบการรายงานการแพ้ยา เข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ผ่านตัวชี้วัด 4 ข้อ จาก 8 ข้อ และดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน
2 คะแนน	ผ่านตัวชี้วัด 5 ข้อ จาก 8 ข้อ และดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน
3 คะแนน	ผ่านตัวชี้วัด 6 ข้อ จาก 8 ข้อ และดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน
4 คะแนน	ผ่านตัวชี้วัด 7 ข้อ จาก 8 ข้อ และดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน
5 คะแนน	ผ่านตัวชี้วัด 8 ข้อ ครบทั้งหมด และดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน
วิธีการประเมินผล	ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, ผลการดำเนินงาน, ผลการประเมินตนเอง, ผลการตรวจร้านยา GPP ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจสอบ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน 1.นางสาวนันท์กริ จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com



	หัวหน้างานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ 2.นางสาวติยารัตน์ ภูติยา ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร 086-581-0822 อีเมลล์ tiyarat2008@hotmail.com	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.ภญ.พิชญ์สินี บุตดีเสาร์ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ เบอร์โทร : 090-252-8998	2.ภญ.วิชุดา สืบสาย ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ เบอร์โทร 045-243 301 ต่อ 202

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 17	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ตัวชี้วัดที่ (R 23)	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ค่าเป้าหมาย : >28%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน



	“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง หน่วยปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ (FR,BLS,ILS,ALS) ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>มากกว่า 28 %</td><td>มากกว่า 30 %</td><td>มากกว่า 32 %</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	มากกว่า 28 %	มากกว่า 30 %	มากกว่า 32 %
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
มากกว่า 28 %	มากกว่า 30 %	มากกว่า 32 %					
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ ครบคลุมทุกพื้นที่ 3.เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 4. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และM1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข						



	3. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 4. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 5. จากการบันทึกข้อมูลในเว็บ WWW. EMSDUBON.COM
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน NDEMS), ข้อมูลในเว็บ WWW.EMSDUBON.COM 2. ระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance System : IS Version PHER Plus 3. WWW. EMSDUBON.COM 4. โรงพยาบาลทุกระดับ (S,A,P)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

ปี 2569

พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มากกว่าร้อยละ 28	มากกว่าร้อยละ 28	มากกว่าร้อยละ 28	มากกว่าร้อยละ 28

ปี 2569 : จากอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit) ทั้ง Trauma และ Non-Trauma

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
≤ ร้อยละ 12	≤ ร้อยละ 12	≤ ร้อยละ 12	≤ ร้อยละ 12

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

วิธี/เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2569



คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	มีการกำหนด ประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤต ในวาระการประชุม พชอ. (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	1) มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอปท.ครอบคลุม น้อยกว่า 40 -49 % (0.5 คะแนน) 2) ครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. มากกว่า 70 - 100 % ของ อปท. ทั้งหมดในอำเภอ (1 คะแนน)
1 คะแนน	1) หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท.ครอบคลุม น้อยกว่า 40 -49 % (0.5คะแนน) 2) ครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง อปท.และมูลนิธิเอกชน ที่ผ่านการรับรองจาก สพล.มากกว่า 70- 100 % (1 คะแนน)
1 คะแนน	1) มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (Dead Case Conference) เหตุการณ์ที่พบความเสี่ยงต่างๆ ทุกเหตุการณ์ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีหลักฐานการปรับปรุงแนว ทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (0.5คะแนน) 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12 (0.5 คะแนน)
1.5 คะแนน	1) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่า 20.00 % (0 คะแนน) 2) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วง 20.00 – 27.99 % (1 คะแนน) 3) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 28 % (1.5 คะแนน)
ประเมินแต่ละข้อ นำผลการประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

เอกสารสนับสนุน :

1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ NDEMS
2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐฯ ทุกแห่ง
3. รายงานข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM
4. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/> คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย
(National Patient Safety Goal) SIMPLE
5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์
กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data ที่มา : WWW.EMSUBON.COM

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	จำนวนครั้ง	18,543	17,515	23,596
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	จำนวนครั้ง	113,295	148,501	136,825
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	คน	1,039	1,038	928
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด	คน	26,607	23,450	24,607



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรัชนิพร เชื้อสระคู หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 065-57492656 โทรสาร : 045-241918 E-mail :1669emsubon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 066 - 1260546 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com นางวิพรรษา ชูบรรจง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 095 - 6058466

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	1.ระบบบริการดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 17	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ตัวชี้วัดที่ (R 24)	ระดับความสำเร็จการวางระบบ DCIR และการรายงานที่ถูกต้อง ทันเวลา ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1.ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับ รองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับ บัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานใน สถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากร ที่แม่นยำและรวดเร็ว 2.สาธารณสุข หมายถึง สถานการณ์ สภากาญหรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทั่งกระทบต่อขีดความสามารถ



ในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

3.ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความว่าโอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคลชุมชน สังคม หรือประเทศ

4.การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัย โดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความอ่อนแอ และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อ มนุษย์ ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

5.แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

6.DCIRs ย่อมาจาก Director Critical Information Requirement ซึ่งแปลเป็นไทยว่า "ข้อกำหนดข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหาร" หรือ "เกณฑ์ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบสูง" DCIRs เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินในด้านสาธารณสุขที่ต้องแจ้งให้ผู้บริหารระดับสูงทราบทันที

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกอำเภอ มีระบบรายงาน DCIRs ที่ครอบคลุมและทันเวลา		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน https://pher.moph.go.th/pher/download_form.html		
แหล่งข้อมูล	https://pher.moph.go.th/pher/index.htm		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

เกณฑ์การรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานผู้บริหารระดับสูงทราบทันที DCIRs

1) บุคคลสำคัญ และผู้บริหารระดับสูงในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกิดอุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต



2) บุคลากรทางการแพทย์บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกิดอุบัติเหตุ/ เหตุฉุกเฉินรุนแรง บาดเจ็บและเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่

3) อุบัติเหตุรถพยาบาล อุบัติเหตุรถพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีมีการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ของบุคลากรผู้ป่วย และคู่กรณี

4) ความรุนแรงเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลสังกัดในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

5) สาธารณภัยและเหตุฉุกเฉิน

5.1 เกิดสาธารณภัยในพื้นที่ ประชาชนได้รับเหตุฉุกเฉินผลกระทบ

5.2. สถานบริการและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากสาธารณภัย

และเหตุฉุกเฉิน กรณีมี ผลกระทบต่อการให้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อม (ปิด/ปิดบางส่วน/ย้าย)

6) อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ ที่มีการเสียชีวิต 2 ราย ขึ้นไป หรือเจ็บป่วย 10 ราย ขึ้นไป หรือเสียชีวิตและเจ็บป่วยรวมกัน 15 ราย ขึ้นไป

7) ชุมชนประท้วงและก่อการจลาจล เหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง และประเด็นที่เกี่ยวข้องที่สนใจ ของสังคม และผู้บริหาร

8) ด้านสุขภาพจิต เหตุการณ์ขนาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อการสูญเสียชีวิต ความเป็นอยู่และสังคม ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

9) กระบวนการรับแจ้งตั้งครุฑแทน

- กระบวนการรับแจ้งตั้งครุฑแทนที่ผิดกฎหมาย

- ประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการในกิจการของสถานพยาบาลเอกชน พร้อมทั้งการกำกับดูแลการ อนุญาตให้สถานพยาบาลประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาตการโฆษณา กิจการของสถานพยาบาล และเป็นที่น่าสนใจของสังคมหรือสื่อ

10) วิทยาศาสตร์การแพทย์ ตรวจพบการปนเปื้อนหรือปลอมปนโลหะหนักหรือสารเคมีห้ามใช้ในเครื่องสำอางฯ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและประชาชนมีความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

- ตรวจพบการกลายพันธุ์ หรือการดื้อยาฯ ในคนในประเทศไทย

- ตรวจพบค่ารังสีอ้างอิงฯ ในระดับที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยของประชาชนผู้มาใช้บริการ

11) ผลิตรภัณฑ์สุขภาพ ผลิตรภัณฑ์สุขภาพ ที่สื่อหรือสาธารณะชน ให้ความสนใจประเด็นความปลอดภัย หรือเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีผู้ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก

1. ระบบการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

1.1 การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุมและทันเวลา

1.1.1 มีเกณฑ์ DCIRs ที่เป็นปัจจุบัน

1.1.2 รายงาน DCIRs ทุกเหตุการณ์ ที่เข้าเกณฑ์รายงาน

1.1.3 ทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือระบบต่างๆที่สามารถอ้างอิงได้



ปีงบประมาณ 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ข้อ 1, 2, 3	ข้อ 1, 2, 3, 4	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5

วิธี/เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	คำสั่งและระบบรายงาน DCIRs ระบุ ผู้รับผิดชอบทั้ง 11 ประเด็น 1) ไม่มีคำสั่งและระบบรายงาน DCIRs <u>(0 คะแนน)</u> 2) มีคำสั่งและระบบรายงาน DCIRs แต่ไม่ครบทุกประเด็น หรือไม่ปัจจุบัน <u>(0.5 คะแนน)</u> 3) มีคำสั่งและระบบรายงาน DCIRs ครบทุกประเด็น และเป็นปัจจุบัน <u>(1 คะแนน)</u>
1 คะแนน	1.กรณีมีเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์รายงาน DCIRs 1.1 ไม่รายงาน <u>(0 คะแนน)</u> 1.2 มีการรายงานทางโทรศัพท์หรือไลน์ เกินกว่า 30 นาที หรือรายงานตามแบบฟอร์ม DCIRs เกินกว่า 2 ชั่วโมง <u>(0.5 คะแนน)</u> 1.2 มีการรายงานทางโทรศัพท์หรือไลน์ ภายใน 30 นาที และรายงานตามแบบฟอร์ม DCIRs ภายใน 2 ชั่วโมง <u>(1 คะแนน)</u> 2.กรณีไม่มีเหตุการณ์ มีการประชุมทบทวน เตรียมความพร้อม จนท.ที่เกี่ยวข้อง <u>(1 คะแนน)</u>
1 คะแนน	1. รายงานมีข้อมูลไม่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ระบุแหล่งโรค/ปัจจัยเสี่ยง และเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาได้อย่างชัดเจน <u>(0.5 คะแนน)</u> 2 รายงานมีข้อมูลครบถ้วนทุกองค์ประกอบ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ระบุแหล่งโรค/ปัจจัยเสี่ยง และเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาได้อย่างชัดเจน <u>(1 คะแนน)</u> 3.กรณีไม่มีเหตุการณ์ มีการประชุมทบทวน เตรียมความพร้อม จนท.ที่เกี่ยวข้อง <u>(1 คะแนน)</u>
1 คะแนน	ทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือระบบต่างๆที่สามารถอ้างอิงได้ 1.ไม่มีทะเบียน <u>(0 คะแนน)</u> 2.มีทะเบียน <u>(1 คะแนน)</u> 3 กรณีไม่มีเหตุการณ์ แต่มีการเตรียมการณ์ การซักซ้อมประชุม <u>(1 คะแนน)</u>
1 คะแนน	1 .ไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน และสรุป ถอดบทเรียน และทบทวนเหตุการณ์ 1 เหตุการณ์ <u>(0 คะแนน)</u> 2 .มีการประเมินผลการดำเนินงาน และสรุป ถอดบทเรียน และทบทวนเหตุการณ์ 1 เหตุการณ์ <u>(1 คะแนน)</u> 3 กรณีไม่มีเหตุการณ์ แต่มีการประชุมเตรียมความพร้อม ประเมินความเสี่ยง <u>(1 คะแนน)</u>
ประเมินแต่ละข้อ นำผลการประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	



เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 2.แนวทางการประเมินความเสี่ยงภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 3.Download เอกสารสนับสนุนทั้งหมดที่กองสาธารณสุขฉุกเฉิน https://pher.moph.go.th/pher/index.html
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 065-574-92656 โทรสาร : 045-241-918 E-mail :1669emsubon@gmail.com 2. นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 066 - 126-0546 โทรสาร : 045 - 241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com 3. นางสาววรรณวิสา คลังเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 085 - 568-0507 โทรสาร : 045 - 241-918
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 066 - 126-0546 โทรสาร : 045 - 241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com

Template Ranking ปี 2569

2. สุขภาพดี





นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2. สุขภาพดี)

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี		
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy		
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan		
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหลัก		
ตัวชี้วัดที่ (R 25)	ระดับความสำเร็จการป้องกันมารดาตายคลอด (ZERO MMR) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน		
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และคลอด หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้ 1.การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง 2.หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 3.จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงครรภ์ในภาวะดังกล่าว		
เกณฑ์เป้าหมาย : มารดาตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดทุกคนโดยการใช้ระบบการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ 2. เพื่าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ		



	3. ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะรอคลอด, ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานการดูแลผู้คลอดในระบบ Smart LR และระบบ Smart Refer ของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี 2. รายงานการตายมารดาเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง 3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 4. หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งเมื่อมารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยต้องได้รับกิจกรรมบริการที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้งตามเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้
กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล
1. ฝากครรภ์ก่อนหรือ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่ออายุก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ดังนี้ การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12^{+6}$ สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - <20 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - <26 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครบทุกรายการ ดังนี้	อ้างอิงจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนี้
2.1 CBC for Hct/Hb	แฟ้ม PRENATAL: DATE_HCT หรือ แฟ้ม LABFU: CBC (0620201,0620401) หรือ Hct (0621201) หรือ Hb (0621401, 0621402)
2.2 คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing	แฟ้ม PRENATAL: THALASSEMIA ที่มีผล 1,2,4
2.3 Anti-HIV	แฟ้ม PRENATAL: HIV_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0743299
2.4 ไวรัสตับอักเสบ บี	แฟ้ม PRENATAL: HB_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0746299



กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล (ต่อ)
2.5 คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL หรือ TPHA	เพิ่ม PRENATAL: VDRL_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ เพิ่ม LABFU: VDRL (0721297) หรือ RPR (0721298) หรือ TPHA (0721299)
5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากและขัด ทำความสะอาดฟัน	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: สุขภาพช่องปาก 2330011 หรือ 2330013 กรณีขัดทำความสะอาดฟัน 2387010, 2277310, 2287320 รหัสใดรหัส หนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้
6. อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้อง หรือช่องคลอด	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: 88.78 หรือ 5260701
7. การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขณะ ตั้งครรภ์ ด้วยวิธี -Quadruple test หรือ -Non-invasive prenatal testing: NIPT หรือ -การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ด้วย วิธีการตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villus Sampling: CVS) หรือการ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดสายสะดือ ทารกในครรภ์ (Cordocentesis)	เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD : Z36.0 หรือ 36.2
8. การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX	เพิ่ม LABFU: 0531001 หรือ FBS (0531002, 0531004) หรือ DTX (0531101, 0531102) หรือ Lab GCT, Lab OGTT (Z13.1)
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม
รายการข้อมูล 1	A1: จำนวนผู้คลอดที่ได้รับการลงข้อมูลประวัติการคลอดในระบบ Smart LR และหรือ Smart Refer ในกรณีได้รับการส่งต่อ A2: จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด A3: จำนวนหญิงคลอดตาม B3 ที่ฝากครรภ์และ/หรือได้รับกิจกรรมครบตาม สิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม) A4: จำนวนหญิงคลอดตาม B4 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม: เพิ่ม ANC)



	A5: จำนวนหญิงคลอดตาม B5 ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม: แฟ้ม ANC)			
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนผู้มาคลอดทั้งหมดในระบบ Smart LR ในทุกหน่วยบริการ B2: จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน B3: จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6) (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขต รับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย 1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด B4: จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลจากแฟ้ม Labor)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- การบันทึกข้อมูลใน Smart LR และหรือ Smart refer (A1/A2)x 100 - การตายมารดาไทย (A2/B2) X 100,000 - การบริการฝากครรภ์คุณภาพ (A3/B3) X 100 - การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (A4/B4) X 100 - การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (A5/B4) X 100			
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :				
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569				
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การให้คะแนน Ranking			
	การตายมารดาไทย	ANC ก่อน 12 wks.	การฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง	
	1 คะแนน	>16 ต่อแสนการเกิดมีชีพแสนคน	น้อยกว่าร้อยละ 60	น้อยกว่าร้อยละ 35
	2 คะแนน		ร้อยละ 60-64	ร้อยละ 35-39
	3 คะแนน		ร้อยละ 65-69	ร้อยละ 40-44
	4 คะแนน		ร้อยละ 70-74	ร้อยละ 45-49
	5 คะแนน	<16 ต่อแสนการเกิดมีชีพแสนคน	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน :	1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) 2.คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด			



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data						
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
		2564	2566	2566	2567	2568
การลงข้อมูลในโปรแกรม Smart LR/ Refer	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการ เกิดมีชีพ แสนคน	27.45	7.77	23.53	8.76	39.82
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ	N/A	0.13	0.66	2.42	10.48
ANC ก่อน 12 wks.	ร้อยละ	81.81	85.31	78.68	78.16	76.17
ฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง	ร้อยละ	N/A	79.18	70.00	69.91	65.87
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวอรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : keng295@hotmail.com 2.นางสาวศรีวรินทร์ ภูวนต์ศิริ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ: 083-956-3669 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: sriwarin.3669@gmail.com					



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 26)	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) คำนิยามเพิ่มเติม ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ ความผิดปกติอย่างชัดเจน) •เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อและกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TDA4I/เครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองและพบพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด



	นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้นจนมีพัฒนาการสมัย -เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC หมายถึง ข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างแฟ้ม LABFU และแฟ้ม PERSON โดยเป็นการตรวจหาค่าฮีมาโตคริตในเลือด (Hematocrit, whole blood) หรือการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด โดยการนับแยกด้วยเครื่องอัตโนมัติในเลือด (Complete blood count with automated differential, whole blood) ในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน -ความครอบคลุมของเด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ข้อมูลการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแฟ้ม EPI และมีข้อมูลการจ่ายยาด้วยรหัสของยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 = ความสำเร็จระดับ 5	
วัตถุประสงค์	- ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย - พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มี ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type 3 ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ - ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงาน และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้ว ผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก



	a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260) A1 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการผ่านไม่ครบ 5 ด้าน (1B261) A2 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ จนพัฒนาการสมวัย A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ได้รับการเจาะ Hct/ CBC A4 = จำนวนเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนทั้งหมด B3 = จำนวนเด็ก 6 เดือน – 5 ปีทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.การคัดกรองพัฒนาการ = $(A/B1) \times 100$ 2.พัฒนาการสงสัยล่าช้า = $(A1/A) \times 100$ 3.เด็กพัฒนาการสมวัย = $((A9+a9)+(A18+a18)+(A30+a30)+(A42+a42) + (A60+a60) \times 100)/B1$ 4.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นกระตุ้นด้วย TDA4I จนสมวัย = $(A2/A1) \times 100$ 5.เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC = $(A3/B2) \times 100$ 6.เด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก = $(A4/B3) \times 100$

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	การคัดกรองพัฒนาการ	พัฒนาการสงสัยล่าช้า	เด็กพัฒนาการสมวัย	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นจนสมวัย	เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC	เด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
1 คะแนน	< ร้อยละ 84	<ร้อยละ 14	<ร้อยละ 81	< ร้อยละ 34	< ร้อยละ 80	<ร้อยละ 86
2 คะแนน	ร้อยละ 84-85	ร้อยละ 14-15	ร้อยละ 81-82	ร้อยละ 34-35	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 87-88
3 คะแนน	ร้อยละ 86-87	ร้อยละ 16-17	ร้อยละ 83-84	ร้อยละ 36-37	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 89-90
4 คะแนน	ร้อยละ 88-89	ร้อยละ 18-19	ร้อยละ 85-86	ร้อยละ 38-39	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 91-94
5 คะแนน	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 87	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 95	≥ ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน : 1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู)



	2.คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข					
	3.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data						
(Based line data)		หน่วย วัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
			2565	2566	2567	2568
การคัดกรองพัฒนาการ		ร้อยละ	88.31	87.98	86.45	80.63
พัฒนาการสงสัยล่าช้า		ร้อยละ	24.96	22.70	20.42	20.89
เด็กพัฒนาการสมวัย		ร้อยละ	86.52	85.79	84.46	78.64
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TDA4I จนสมวัย		ร้อยละ	34.43	51.11	31.67	41.94
เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC		ร้อยละ	N/A	65.79	77.91	N/A
เด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		ร้อยละ	92.16	86.88	87.03	86.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางวริษฐา หลักเขต ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 099-0726542 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : pigletp81@gmail.com 2.นางสาวหนึ่งฤทัย คำมรรค ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 065-398-6477 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: nuengkum1992@gmail.com					



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2. สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 27)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	โครงการ TO BE NUMBER ONE คือโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ใน ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ทรงเป็นองค์ประธานอำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด คำขวัญโครงการ เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ 1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน 3. การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ประกอบด้วย 3 ก (กรรมการ /กองทุน / กิจกรรม) และ 3 ย (3 ยุทธศาสตร์หลัก) การดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE แยกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้ -ประเภทจังหวัด TO BE NUMBER ONE -ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE -ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา การศึกษาขั้นพื้นฐาน (มัธยมศึกษา) -ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา -ประเภท TO BE NUMBER ONE ในชุมชน -ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานประกอบการ (กรณีส่งเข้าประกวด ต้องมีแรงงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป) -ประเภท TO BE NUMBER ONE ในกระทรวงยุติธรรม (เรือนจำ/สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน อุบลราชธานี /สนง.คุมประพฤติ อำเภอ TO BE NUMBER ONE หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และมีการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE



2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ หนุนสร้างกระแสเพื่อปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลยาเสพติด, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

3. มีการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ในชุมชน และ ในสถานประกอบการ

4. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ในสถานศึกษา ในเขตอำเภอ เข้าร่วมค่าย TO BE NUMBER ONE CAMP ระดับประเทศ

5. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ระดับอำเภอ เข้าร่วมประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด /ภาค/ประเทศ

6. สมัครเป็นสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE และต่ออายุประจำปี ร่วมกับจังหวัดประจำปี ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยงาน/อำเภอ

7. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จากจำนวนทั้งหมด (ประถมศึกษา, ขยายโอกาส, มัธยมศึกษา, อาชีวศึกษา และ อุดมศึกษา)

8. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จากจำนวนทั้งหมด

9. กลุ่มเป้าหมายอายุ 6 - 24 ปี ในอำเภอ สมัครเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ชมรม TO BE NUMBER ONE หมายถึง ชมรมที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้

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

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

3. กิจกรรม : สนับสนุนให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตน อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งให้โอกาส และสนับสนุน การค้นคนดีสู่สังคม ของสมาชิก “ ใครดีด้ายกมื่อขึ้น ” เช่น การฝึกอาชีพ และจัดหาอาชีพให้ เป็นต้น

มีการจัดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์



	1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ -การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม -ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/กลุ่มไลน์ -จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ -การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ - กิจกรรมอื่นๆ 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น - จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ฯลฯ - โครงการไคร่ติดยายกมือขึ้น 3. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด - สนับสนุนวิทยากร (อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง) - เป็นพี่เลี้ยง/ ที่ปรึกษาในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE แก่ ชมรมอื่นๆ ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบ หมายถึง ชมรมที่ดำเนินการตามองค์ประกอบ 3 ก 3 ย และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมอื่นได้ แบบประเมินตนเองของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น หมายถึง ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุกละห่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี 3. มีการสร้างและขยายเครือข่าย 4. เกิดนวัตกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE						



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานใน https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ประจำปี 2569
แหล่งข้อมูล	1. https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ประจำปี 2569
ระยะเวลาประเมินผล	1. ประเมินรายงานบันทึกข้อมูลปีละ 4 ครั้ง (ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนมกราคม, ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนเมษายน, ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 5 กรกฎาคม, ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนตุลาคม) 2. แบบรายงาน ปี 2 ครั้ง (ไตรมาส 1, ไตรมาส 3)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : (เฉพาะตัวชี้วัดที่เป็น Ranking)	ประเมินผลอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้ 1. โครงสร้าง 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE ที่เป็นปัจจุบัน 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 4/ครั้ง/ปี 2. แผนงานและโครงการ 2.1 มีแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 2.2 มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 3. มีการขับเคลื่อนและพัฒนางาน TO BE NUMBER ONE ในชมรมที่เกี่ยวข้อง 4. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ในสถานศึกษา ในเขตอำเภอ เข้าร่วมค่าย TO BE NUMBER ONE CAMP ระดับประเทศ 5. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ระดับอำเภอ เข้าร่วมประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด /ภาค/ประเทศ 6. สมัครเป็นสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE และต่ออายุประจำปี ร่วมกับจังหวัดประจำปี ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยงาน/อำเภอ 7. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จากจำนวนทั้งหมด (ประถมศึกษา, ขยายโอกาส, มัธยมศึกษา, อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา)



8. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จากจำนวนทั้งหมด 9. กลุ่มเป้าหมายอายุ 6 - 24 ปี ในอำเภอ สมัครเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 10. มีการสร้างและขยายเครือข่ายของชมรม TO BE NUMBER ONE และเตรียมความพร้อมเข้าร่วมประกวดการนำเสนอผลการดำเนินงาน ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE (ทุกอำเภอต้องเข้าร่วมประกวดระดับภาคอย่างน้อย 1 ครั้ง) ประเภทชุมชน และประเภทการศึกษาขั้นพื้นฐาน (มัธยมศึกษา) 11. ชมรม TO BE NUMBER ONE มีนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2569
1 คะแนน	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE และกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 1.2 มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยรายงานผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง ครั้งละ 0.5 คะแนน
1 คะแนน	2. มีการจัดตั้งชมรม จัดเก็บข้อมูลชมรม และสมาชิก TO BE NUMBER ONE เป็นปัจจุบัน ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและส่งรายงานทันเวลา (ไตรมาสละ 1 ครั้ง) ครั้งละ 0.25 คะแนน จำนวน 4 ไตรมาส
1 คะแนน	3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม โครงการ TO BE NUMBER ONE 3.1 ส่งหรือสนับสนุนสมาชิก TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมการประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด/ภาค/ประเทศ หรือ ส่งสมาชิกเข้าร่วม TO BE NUMBER ONE CAMP ระดับประเทศ (0.5 คะแนน) 3.2 สมัครเป็นสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE และต่ออายุสมาชิกนิตยสาร เป็นประจำทุกปี ร่วมกับจังหวัด ไม่น้อยกว่า 12 ชมรม (0.5 คะแนน) สมัครหรือต่ออายุ 1-11 หน่วยงาน = 0.2 , เท่ากับหรือมากกว่า 12 หน่วยงาน = 0.5
1 คะแนน	4. มีการสนับสนุนจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา 4.1 จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาไม่น้อยกว่า 65% จากจำนวนทั้งหมด (0.5 คะแนน) 4.2 ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	5. มีการสนับสนุนจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน 5.1 จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จากจำนวนทั้งหมด (0.5 คะแนน) 5.2 ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)
นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
ชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมประกวดระดับภาคเพิ่มขึ้น	ชมรม	17 ชมรม	18 ชมรม	24 ชมรม

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 0927185455 นางสาวสุพรรณษา นันทะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 0644595152
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวสุพรรณษา นันทะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 0644595152 Line ID : 0873770333

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 28)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้า (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน



คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคนาทาแบกุ่ม (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น						
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ 2) มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี 3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 68 5) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 68							
วัตถุประสงค์ 1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ 2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดและป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่ 3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการดื่ม เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย 4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ ผู้ดื่มเหล้า บุหรี่ และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ							
ค่าเป้าหมาย : <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ 3.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์						



	2.รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
แหล่งข้อมูล	1. HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมินผล
0.5 คะแนน	1.มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ
1.5 คะแนน	2.1 มีกิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในวันงดสูบบุหรี่โลกหรือ วันต่อต้านยาเสพติด (0.5 คะแนน) 2.2 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)
2 คะแนน	3.1 มีชุมชนต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน) 3.2 มีสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน)
0.5 คะแนน	4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 68
0.5 คะแนน	5. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 68
ประเมินตามหัวข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

เอกสารสนับสนุน :	- คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แฟ้ม (Special pp) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคีเครือข่าย - คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560
------------------	---



4. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	Based line data	หน่วย	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		วัด	2566	2567	2568
	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	62.63	68.23	63.47
	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรองการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	ร้อยละ	61.88	67.65	62.97
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 092-718-5455 นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896				

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 29)	ระดับความสำเร็จในการตรวจสุขภาพประชาชน การติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วย และการควบคุมโรคได้ดีของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1. การตรวจสุขภาพ หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจคัด กรองเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง



2. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการ ตรวจ 2 วิธี ดังนี้

(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

หมายเหตุ :

1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน
2. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป

การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการ



ติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) $\geq$ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนาย การเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่า การวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการ วัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

การควบคุมโรคได้ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8

การควบคุมโรคได้ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย <140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมี โรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

4. การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus online ใน โรงพยาบาล
แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแสดงผลการประเมิน ซึ่งเป็นการประมวลผลคะแนนประเมินและนำเสนอในรูปแบบกราฟ แผนภูมิ ตาราง และส่วนประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยผู้ใช้งานต้อง Log in เพื่อเข้าใช้งาน และประเมินตนเองในส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ และส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) สำหรับการประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการจะเชื่อมโยงข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ตามรอบการประเมินและคำนวณเป็นคะแนนประเมินของโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งต้องได้คะแนนการประเมินในระดับ ดี ขึ้นไป (75 คะแนนขึ้นไป)



	5. การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus online ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ใน google form ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ซึ่งต้องได้คะแนนการประเมินรวม มากกว่า 80 คะแนนขึ้นไป		
เกณฑ์เป้าหมายปี 2569			
1. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 90 2. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 3. ติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 4. ติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40 6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60 7. โรงพยาบาลมีผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ระดับดีขึ้นไป 8. ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online $\geq$ ร้อยละ 15			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชน 2. เพื่อให้กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชน 3. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน 4. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงมีค่าระดับความดันโลหิตสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 5. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็น		



	กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2569 หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย) 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ,สถานพยาบาล, หน่วยบริการ ในจังหวัดอุบลราชธานี ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.),ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) , หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล (PCU)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบโปรแกรม HDC 2. บันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค URL : https://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/home/ 3. บันทึกข้อมูลผ่าน google form กรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	1. ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข รายงานมาตรฐาน 2. ข้อมูลตอบสนอง Service Plan 3. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD)
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปีงบประมาณ ตามการนิเทศงานระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล วันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล วันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	



คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
รอบที่ 1	1. ความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเบาหวานและความดันโลหิตสูง (1 คะแนน)	
	เบาหวาน (0.5 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (0.5 คะแนน)
	1. < 80 % (0 คะแนน)	1. < 90 % (0 คะแนน)
	2.ระหว่าง 80-90 % (0.25 คะแนน)	2.ระหว่าง 90-94 % (0.25 คะแนน)
	3. ≥ 90 % (0.5 คะแนน)	3. ≥ 95 % (0.5 คะแนน)
	2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2 คะแนน)	
	เบาหวาน (1 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (1 คะแนน)
	1. < 65% (0 คะแนน)	1.< 75% (0 คะแนน)
	2. ระหว่าง 65-70% (0.5 คะแนน)	2.ระหว่าง 75-80% (0.5 คะแนน)
	3. ≥70% (1 คะแนน)	3. ≥ 80 % (1 คะแนน)
รอบที่ 1 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3. ร้อยละของ DM Good control และ HT Good control (2 คะแนน)	
	เบาหวาน (1 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (1 คะแนน)
	1.< 30 % (0 คะแนน)	1.< 50% (0 คะแนน)
	2.ระหว่าง 30-40 % (0.5 คะแนน)	2.ระหว่าง 50-60 % (0.5 คะแนน)
	3. ≥40 % (1 คะแนน)	3. ≥ 60 % (1 คะแนน)
รอบที่ 2	1. ความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเบาหวานและความดันโลหิตสูง (0.5 คะแนน)	
	เบาหวาน (0.25 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (0.25 คะแนน)
	1. < 80 % (0 คะแนน)	1. < 90 % (0 คะแนน)
	2.ระหว่าง 80-90 % (0.1 คะแนน)	2.ระหว่าง 90-94 % (0.1 คะแนน)
	3. ≥ 90 % (0.25 คะแนน)	3. ≥ 95 % (0.25 คะแนน)
	2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (0.5 คะแนน)	
	เบาหวาน (0.25 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (0.25 คะแนน)
	1. < 65% (0 คะแนน)	1.< 75% (0 คะแนน)
	2. ระหว่าง 65-70% (0.1 คะแนน)	2.ระหว่าง 75-80% (0.1 คะแนน)
	3. ≥70% (0.25 คะแนน)	3. ≥ 80 % (0.25 คะแนน)
	3. ร้อยละของ DM Good control และ HT Good control (1 คะแนน)	
	เบาหวาน (0.5 คะแนน)	ความดันโลหิตสูง (0.5 คะแนน)
	1.< 30 % (0 คะแนน)	1.< 50% (0 คะแนน)



รอบที่ 2 (ต่อ)	2.ระหว่าง 30-40 % (0.25 คะแนน)	2.ระหว่าง 50-60 % (0.25 คะแนน)	
	3. ≥ 40 % (0.5 คะแนน)	3. ≥ 60 % (0.5 คะแนน)	
	4. การประเมินคุณภาพ NCD Clinic plus ระดับดีขึ้น (2 คะแนน)		
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0 คะแนน	ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน	
	1 คะแนน	ระดับพื้นฐาน	
	2 คะแนน	ระดับดีขึ้น	
	5. ร้อยละการประเมินคุณภาพ NCD Clinic plus ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (1 คะแนน)		
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0 คะแนน	< 15 %	
	1 คะแนน	≥ 15 %	
รอบที่ 2 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
วิธีการประเมินผล : การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน A : จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้เสี่ยงป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/ พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดัน			



โลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการ รักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรค ความดันโลหิตสูง

B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2 PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและ อยู่ จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับ การตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST = “0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT

B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCARGE=“9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ในปีงบประมาณควบคุมได้ดี

B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ

การบันทึกผลข้อมูลในระบบ NCD Clinic plus Online สำหรับโรงพยาบาล

ระบบ NCD Clinic plus Online จะประมวลผลจากการ บันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

การบันทึกผลข้อมูลใน google form NCD Clinic plus Online

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบ NCD Clinic plus Online



	จะประมวลผลจากการ บันทึกข้อมูล ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ค่าคะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานพยาบาล/หน่วยบริการ ที่มีผลการประเมิน ค่าคะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน B = จำนวนสถานพยาบาล/หน่วยบริการ ในเขตรับผิดชอบ สูตรการคำนวณ $\frac{A \times 100}{B}$																																	
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566 2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																																		
	<table><tr><th rowspan="2">Based line data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th></tr><tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน</td><td>ร้อยละ</td><td>86.62</td><td>84.60</td><td>81.74</td></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง</td><td>ร้อยละ</td><td>86.58</td><td>85.00</td><td>81.61</td></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</td><td>ร้อยละ</td><td>72.27</td><td>73.34</td><td>73.31</td></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td><td>ร้อยละ</td><td>88.11</td><td>79.37</td><td>81.47</td></tr><tr><td>ร้อยละการบันทึกผลข้อมูลในระบบ NCD Clinic plus Online สำหรับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>76.92</td></tr></table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2566	2567	2568	ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ	86.62	84.60	81.74	ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	86.58	85.00	81.61	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	72.27	73.34	73.31	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	88.11	79.37	81.47	ร้อยละการบันทึกผลข้อมูลในระบบ NCD Clinic plus Online สำหรับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	76.92
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)																														
		2566	2567	2568																														
ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ	86.62	84.60	81.74																														
ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	86.58	85.00	81.61																														
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	72.27	73.34	73.31																														
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	88.11	79.37	81.47																														
ร้อยละการบันทึกผลข้อมูลในระบบ NCD Clinic plus Online สำหรับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	76.92																														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com																																	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																																	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com																																	



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 30)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน DM Remission ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (DM Type 2) โดยผู้ป่วยต้องมีระดับ HbA1c $\geq$ 6.5% หรือใช้ยาเบาหวานที่อยู่ในบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) หรือ รหัสยา 24 หลัก (DIDSTD) การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (HbA1c $<$ 6.5%) และคงอยู่อย่างน้อย 90 วัน โดยไม่ต้อง ใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การสร้างความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด หมายถึง การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 3 - 6 เดือน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนักลงได้ ร้อยละ 10-15 ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น



	NCD Remission Clinic หมายถึง คลินิกที่เปิดให้บริการดูแลกลุ่มโรคเบาหวานให้เข้าสู่กระบวนการ Remission
เกณฑ์เป้าหมาย 1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าเกณฑ์ในเขตรับผิดชอบ $\geq$ ร้อยละ 1 (1.5 คะแนน) 2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs Remission Clinic $> 10\%$ (1.5 คะแนน)	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถหยุดยาได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 , อายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่มีโรคร่วมรุนแรง (โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-5, โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่, โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และอัมพาต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการ NCDs Remission ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP : ผู้ป่วยได้รับการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เข้าสู่ระยะสงบ (รหัส = "1I20") ผ่านระบบโปรแกรมพื้นฐานของแต่ละอำเภอ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม 1. ผลตรวจ HbA1c $< 6.5\%$ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยผลตรวจทั้งสองครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 90 วัน แต่ไม่เกิน 180 วัน ลงข้อมูลในแฟ้ม LABFU.LABTEST = "0531601" 2. ไม่ใช้ยาเบาหวานในช่วงเวลาที่ HbA1c $< 6.5\%$ ใช้ข้อมูล TMT/24 หลัก (DIDSTD)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครเข้าร่วมโครงการ NCDs Remission Clinic $< 5\%$
2 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครเข้าร่วมโครงการ NCDs Remission Clinic ระหว่าง 5-6 %
3 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครเข้าร่วมโครงการ NCDs Remission Clinic ระหว่าง 6-7 %



4 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครเข้าร่วมโครงการ NCDs Remission Clinic ระหว่าง 8-9 %				
5 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครเข้าร่วมโครงการ NCDs Remission Clinic > 10 %				
วิธีการประเมินผล :		ประมวลผลจาก 43 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2569 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงานในโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข			
เอกสารสนับสนุน :		1. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2566	2567	2568
% DM Remission		ร้อยละ	17.75	24.23	22.71
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		ระดับจังหวัด : นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com			



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี			
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy			
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ			
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ตัวชี้วัดที่ (R 31)	ร้อยละการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ และสามเณร (ค่าเป้าหมาย > 80%)			
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน			
คำนิยาม	พระสงฆ์ หมายถึง นักบวชชายในพระพุทธศาสนาที่ได้รับการอุปสมบทอย่างถูกต้องตามพระธรรมวินัย มีหน้าที่ศึกษา ปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และเผยแผ่พระพุทธศาสนา สามเณร หมายถึง นักบวชชายในพระพุทธศาสนาที่มีอายุน้อย ยังไม่ได้รับการอุปสมบทเป็นพระภิกษุ โดยมีสถานะต่ำกว่าภิกษุ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแล และรักษาศีล 10 ข้อ การประเมินภาวะโภชนาการ หมายถึง การประเมินการเจริญเติบโตของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร โดยพิจารณาจากการชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว และการประเมินดัชนีมวลกาย ความรู้สุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถของพระสงฆ์ ในการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง ทั้งด้านกาย ใจ และสังคม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับสุขภาพของพระสงฆ์ให้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของพระสงฆ์ และสามเณรที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านทันตกรรม/การดูแลช่องปาก พฤติกรรม การนอน พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการฉีกฉีกผลไม้ พฤติกรรมลด/เลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง พฤติกรรมการฉีกฉีกและผลไม้ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น พระคิลานุปัฏฐาก หมายถึง พระสงฆ์ที่ทำหน้าที่ดูแล "พระอาวาสัมภรณ์ส่งเสริมสุขภาพประจำวัด" หรือ "พระ อสว."			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ			



	2.เพื่อให้พระสงฆ์ และสามเณรเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3.เพื่อพัฒนาพระสงฆ์ และสามเณรให้มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	พระสงฆ์ และสามเณร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่ประเมินสุขภาพภาวะโภชนาการ ความรอบรู้สุขภาพ และสุขภาพที่พึงประสงค์ ของพระสงฆ์ และสามเณร 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวง สาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ A2 = จำนวนพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ A3 = จำนวนพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพที่พึงประสงค์ A4 = จำนวนพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการถวายความรู้สุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนพระสงฆ์ และสามเณรทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-ร้อยละพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ = $(A1/B1) \times 100$ -ร้อยละพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ = $(A2/A1) \times 100$ -ร้อยละพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพที่พึงประสงค์ = $(A3/A1) \times 100$ -ร้อยละพระสงฆ์ และสามเณรที่ได้รับการถวายความรู้สุขภาพ = $(A4/A1) \times 100$

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	การคัดกรอง ภาวะสุขภาพ	การคัดกรองภาวะ โภชนาการ	การคัดกรองสุขภาพ ที่พึงประสงค์	การถวาย ความรู้สุขภาพ
1 คะแนน	≤ ร้อยละ 75	≤ ร้อยละ 75	≤ ร้อยละ 75	≤ ร้อยละ 75
2 คะแนน	ร้อยละ 75-79	ร้อยละ 75-79	ร้อยละ 75-79	ร้อยละ 75-79
3 คะแนน	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 80-84
4 คะแนน	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 85-89
5 คะแนน	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data			
	(Baseline data)	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ 2568
	การคัดกรองภาวะสุขภาพ	ร้อยละ	24.83
	การคัดกรองภาวะโภชนาการ	ร้อยละ	24.83
	การคัดกรองสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	24.83
	การถวายเป็นบุญสุขภาพ	ร้อยละ	24.83
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย		
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวนิมิต กุมุขชาติ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 095-616-8160 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : nirumon7@gmail.com 2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: g6.com.sittisak@gmail.com		



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 32)	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน หมายถึง ประเมินสุขภาพและค้นหาปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหว การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก เพื่อช่วยในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม
เกณฑ์เป้าหมาย ปี2569	: ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสี่ยงผู้สูงอายุ



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2.พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 3.แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ Smart อสม. โดยหมอคนที่ 1 4.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล	
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ Smart อสม. 3. Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.go.th/agingthai/)	
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง A2 = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL B2 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-ร้อยละผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง = (A1/B1) x 100 -ร้อยละผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน = (A2/B2) x 100	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :		
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569		
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569		
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน
1 คะแนน	≤ ร้อยละ 90	≤ ร้อยละ 80
2 คะแนน	ร้อยละ 91-92	ร้อยละ 80-84
3 คะแนน	ร้อยละ 93-94	ร้อยละ 85-89
4 คะแนน	ร้อยละ 95 - 96	ร้อยละ 90- 94
5 คะแนน	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 95
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย	
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข	



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

(Baseline data)	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
		2564	2565	2566	2567	2568
ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ	92.09	92.68	92.57	93.95	94.98
ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	ร้อยละ	N/A	N/A	100	83.27	75.00
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวนิรมล กุมุขชาติ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 095-616-8160 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : nirumon7@gmail.com 2.นางพัชรี โชติพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ 083-186-7025 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: Chotiphan523@gmail.com					



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
ตัวชี้วัดที่ (R 33)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Health Literacy (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชากร เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ) https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/ ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค พิ้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใด ที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีกับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้น และสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย และอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้นหรือเลือกใช้จาก



	โปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูล และกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ) Health Rider (อสม.) หมายถึง อสม.จังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านการอบรม หลักสูตร อสม.รอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว และลงทะเบียนออนไลน์หลักสูตร “ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literate family)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (เกณฑ์ > 93%)					
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามระดับอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผ่านระบบ สาสุข อุ๋นใจ				
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ๋นใจ” URL : http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569					
การติดตามรายไตรมาส เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ 19,440 คน (สสจ. 40 คน, และ รพท., รพช., รพ.สต., ศสช. รวมจำนวน 372 แห่ง ไม่น้อยกว่าแห่งละ 55 คน)					
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	
เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ >ร้อยละ 93					
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
	-	-	-	>ร้อยละ 93	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม				
1 คะแนน	1.1 หน่วยบริการในอำเภอมีการจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทุกแห่ง (0.5 คะแนน) 1.2 อำเภอมีหน่วยบริการสาธารณสุข (ทุกสังกัด) สมัคร HLO ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 2 แห่ง , มีชุมชน / โรงเรียน / สถานประกอบการ / ชมรม สมัคร HLC อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง และ สสอ.ทุกแห่งลงทะเบียน NCDs Prevention Center ในโปรแกรมสาสุข อุ๋นใจ (0.5 คะแนน)				



1 คะแนน	1.3 มีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25																				
1 คะแนน	1.4 มีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50																				
1 คะแนน	1.5 มีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 (0.5 คะแนน) 1.6 อำเภอส่งหน่วยงานสมัครเข้ารับการประเมินคัดเลือกเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อย่างน้อย 1 Setting (0.5 คะแนน)																				
1 คะแนน	1.7 มีผู้เข้าร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครบร้อยละ 100 (0.5 คะแนน) 1.8 ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมจังหวัดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 93 (0.5 คะแนน)																				
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน))																					
เอกสารสนับสนุน :	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ และข้อมูลอัตราความรอบรู้ฯ รายอำเภอและจังหวัด ในเว็บไซต์ “สาสุข อุบล”																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																					
	<table><tr><td>Based line data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr><tr><td>- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม</td><td>คน</td><td>1,000</td><td>1,000</td><td>1,000</td></tr><tr><td>- อัตราความรอบรู้</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>71.00</td><td>82.00</td></tr></table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)					2566	2567	2568	- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	1,000	1,000	1,000	- อัตราความรอบรู้	ร้อยละ	-	71.00	82.00
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)																			
		2566	2567	2568																	
- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	1,000	1,000	1,000																	
- อัตราความรอบรู้	ร้อยละ	-	71.00	82.00																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศธร ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร. 08 9722 8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com																				
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นายวิษณุ สุภคร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1547 8735 2.นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 082 – 3714687 E-mail : s.sommanatsa@gmail.com																				



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 34)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ตามแนวทางจังหวัดอาหารปลอดภัย (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	จังหวัดอาหารปลอดภัย หมายถึง จังหวัดที่มีอาหารในพื้นที่ที่มีความปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน และนักท่องเที่ยว ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยและสุขภาพดี การดำเนินงานความปลอดภัยของอาหาร หมายถึง การปฏิบัติงานในการจัดการด้านอาหารให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้อาหารปลอดภัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หมายถึง ผู้ประกอบการที่เป็นแหล่งผลิต (สถานที่ผลิตอาหารตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ที่อยู่ในความควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาล (รพศ. รพท. และรพช.) ความปลอดภัยของอาหาร หมายถึง การจัดการให้อาหารที่นำมาบริโภคมีความปลอดภัย โดยไม่มีสิ่งปนเปื้อนในอาหาร หรืออันตรายในอาหาร (Food Hazard) จากอันตรายทางชีวภาพ เคมี และกายภาพ ตลอดห่วงโซ่อาหารตั้งแต่การผลิต การแปรรูป การจัดเก็บ การขนส่ง การจำหน่าย ตลอดจนถึงการบริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่ปลอดภัย โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) มีแผนและตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ◆ตรวจสอบเฝ้าระวังทุกแห่งในกรณีในเขตพื้นที่อำเภอมีสถานที่ผลิตอาหารจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 แห่ง ◆ตรวจสอบเฝ้าระวัง จำนวนไม่น้อยกว่า 35 แห่ง กรณีในเขตพื้นที่อำเภอมีสถานที่ผลิตอาหาร จำนวนมากกว่า 35 แห่ง (เน้นสถานที่ผลิตน้ำบริโภคฯ น้ำแข็ง เครื่องดื่มฯ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และก๋วยจั๊บ) 2) โรงพยาบาลมีการดำเนินการตามแนวทางโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยมีมาตรการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) การสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ทุกเดือน ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง



	ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยอาหาร เขตสุขภาพที่ 10 4) สถานที่ผลิตอาหาร (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และ เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) มีการส่งตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุดท้าย ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านจุลินทรีย์ เคมี และกายภาพ ปีละ 1 ครั้ง
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 1. สถานที่ผลิตอาหารตามเป้าหมายได้รับการตรวจประเมินและผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลมีการดำเนินการตามแนวทางโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยมีมาตรการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) โรงพยาบาลมีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหาร ในโรงพยาบาล ทุกเดือน ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ผ่านเกณฑ์เกณฑ์ร้อยละ 80 4) ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุดท้าย (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านจุลินทรีย์ เคมี และกายภาพ ของแต่ละอำเภอ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ประชาชน นักท่องเที่ยว ตลอดจนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ มีความปลอดภัย ในการบริโภคอาหาร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. วัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล ร้านอาหาร ในโรงพยาบาล 2. สถานที่ผลิตอาหาร 3. ผลิตภัณฑ์อาหาร (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และเครื่องดื่มใน ภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1. สถานที่ผลิตอาหารตามเป้าหมายของอำเภอได้รับการตรวจประเมินและผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการตามแนวทางโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยมีมาตรการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ที่ปลอดภัย
3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ทุกเดือน (10 เดือน) ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
4. ทุกอำเภอมีการติดตามกำกับให้ผู้ประกอบการส่งตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุดท้าย (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านจุลินทรีย์ เคมี และกายภาพ และผลการตรวจวิเคราะห์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 (ประเมินระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2568 – 15 ก.พ. 2569)

ขั้นตอนที่	เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 1/2569
ขั้นตอนที่ 1	มีการจัดทำฐานข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานที่ผลิตอาหารที่เป็นปัจจุบัน 2) ข้อมูลผลการตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงในผักผลไม้สด ในปี 2568
ขั้นตอนที่ 2	มีแผนในการดำเนินงาน 1) แผนตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด 2) มีมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีแผนการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ทุกเดือน
ขั้นตอนที่ 3	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด (2 ใน 3 แผน) 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 30 2) ดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ทุกเดือน



ขั้นตอนที่ 4	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด (2 ใน 3 แผน) 1) ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 50 2) ดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสอบปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ทุกเดือน
ขั้นตอนที่ 5	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด ทั้ง 3 แผน 1) ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 50 2) ดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสอบปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ทุกเดือน
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 1/2569
1 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1
2 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2
3 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 (ประเมินระหว่างวันที่ 1 เม.ย. 2569 – 15 ส.ค. 2569)	
ขั้นตอนที่	เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 2/2569



ขั้นตอนที่ 1	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 60 และผลตรวจผ่านเกณฑ์ GMP 420 ร้อยละ 60 2) ไม่มีหลักฐานการดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือ ร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน 6 เดือน
ขั้นตอนที่ 2	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 70 และผลตรวจผ่านเกณฑ์ GMP 420 ร้อยละ 70 2) ไม่มีหลักฐานการดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือ ร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน 7 เดือน
ขั้นตอนที่ 3	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 80 และผลตรวจผ่านเกณฑ์ GMP 420 ร้อยละ 70 2) มีหลักฐานการดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือ ร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน 8 เดือน



ขั้นตอนที่ 4	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 90 และผลตรวจผ่านเกณฑ์ GMP 420 ร้อยละ 90 2) มีหลักฐานการดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือ ร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน 8 เดือน 4) มีหลักฐานการติดตามกำกับให้ผู้ประกอบการส่งตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุดท้าย (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านจุลินทรีย์ เคมี และกายภาพ และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ตามเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95
ขั้นตอนที่ 5	มีการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเป้าหมายกำหนด ร้อยละ 100 และผลตรวจผ่านเกณฑ์ GMP 420 ร้อยละ 100 2) มีหลักฐานการดำเนินการตามมาตรการในการจัดหาวัตถุดิบอาหาร (ผักผลไม้สด) ที่ปลอดภัย 3) มีการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร (ผักและผลไม้สด) ในโรงครัวโรงพยาบาล หรือ ร้านอาหารในโรงพยาบาล ส่งตรวจสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลง ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน 8 เดือน 4) มีหลักฐานการติดตามกำกับให้ผู้ประกอบการส่งตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุดท้าย (น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง และเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) ทางห้องปฏิบัติการ ทั้งทางด้านจุลินทรีย์ เคมี และกายภาพ และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ตามเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 2/2569
1 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1
2 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2
3 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ ununthikorn216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางณัฐธินิชา แสนทวีสุข เบอร์โทร 089-624-9751 อีเมลล์ nattanicha.ana@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 35)	ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (CGHP : COMPLAINT AND ENFORCEMENT MANAGEMENT CENTER) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประเด็น คือ 1.สถานที่รับเรื่องร้องเรียน ตำแหน่งที่ตั้งชัดเจน 2.กระบวนการ การจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ ภายใต้แนวทางหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP) 3.บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ มีคำสั่งแต่งตั้งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน ทักษะในการทำงานเชิงรุก เสริมสร้างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการโฆษณาและการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ตลอดจนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice: GCHP) และข้อกำหนดที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ อย.



เพื่อให้งานด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด

หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP) มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. สถานที่รับเรื่องร้องเรียน
2. ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน
3. บุคลากร
4. การจัดเก็บข้อมูล และการเก็บรักษาความปลอดภัยของข้อมูล
5. ชุดคำถาม หรือชุดความรู้ Q&A เกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน
6. คู่มือขั้นตอน หรือวิธีการปฏิบัติงาน
7. แบบฟอร์มที่ใช้ในการรับเรื่อง
8. การแจ้งสิทธิ
9. การจัดการข้อร้องเรียน
10. การติดตามสถานะและแจ้งผลการดำเนินการให้ผู้ร้องเรียนทราบ

บทบาทหน้าที่ของศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ

1. รับเรื่องร้องเรียน ตอบสนอง และจัดการเรื่องร้องเรียนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. สนับสนุน และติดตามผลการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการเรื่องร้องเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
3. รับเรื่อง ประสานงาน ส่งต่อเรื่องร้องเรียน เพื่อจัดการเรื่องร้องเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้บริโภคในทุกระดับที่เกี่ยวกับความปลอดภัยและอันตรายที่อาจได้รับจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ

โดยมีมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้

1. กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ แต่ละอำเภอ
2. กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเรื่องร้องเรียน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามแนวทางหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)
3. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ ภายใต้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)



	กิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย 1.ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการกำหนดสถานที่รับเรื่องร้องเรียน ตำแหน่งที่ตั้งชัดเจน 2.ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการจัดทำและรายงานผลการประเมินตนเองตามแนวทางหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP) 3.ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาศักยภาพศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ ครบถ้วน ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีกำหนด 4.ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการนำหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP) ไปใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียน ในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างน้อย 1 เรื่อง และ มีการจัดทำรายงานแสดงกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน 5.ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงานในปี 2569
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอได้รับการพัฒนาศักยภาพ ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ โฆษณาด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนได้ทุกอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงและรับบริการศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในอำเภอได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (รพท./รพช./สสอ.) ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติ/ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน/หลักฐานเชิงประจักษ์/ ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม/ กำกับติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 1 ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีสถานที่รับเรื่องร้องเรียน ตำแหน่งที่ตั้งชัดเจน

ความสำเร็จระดับ 2 ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการจัดทำและรายงานผลการประเมินตนเอง

ตามแนวทางหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP)

ความสำเร็จระดับ 3 ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาศักยภาพศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ ครบถ้วน ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีกำหนด

ความสำเร็จระดับ 4 ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการนำหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP) ไปใช้ในการจัดการเรื่องร้องเรียนของอำเภอ อย่างน้อย 1 เรื่อง (1 กรณีศึกษา) และมีการจัดทำแผนตรวจสอบเฝ้าระวังประจำปี ที่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practice : GCHP ระดับอำเภอที่ได้กำหนดไว้

ความสำเร็จระดับ 5 ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ มีการสรุปและวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน ในปี 2569

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

วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนันท์กริ จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ : Jutharat.216@gmail.com 2.นางสาวกิตติยาพร ทองไทย เบอร์โทร : 062-239-6656 อีเมลล์ : Kittiyaporn34000@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางพรรณธิดา หล้าวงษ์ โทรศัพท์ : 089-845-5997 อีเมลล์ : Panwanlee@gmail.com



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 36)	ระดับความสำเร็จการวางระบบและการพัฒนาสู่การเป็น โรงพยาบาลคาร์บอนเครดิต (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล (รพ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. คาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร คือ ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง การใช้ไฟฟ้า การจัดการของเสีย และการขนส่ง ซึ่งวัดออกมาในรูปตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า แบ่งเป็น 3 SCOPE ดังนี้ <u>SCOPE 1</u> : การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางตรง (Direct Emissions) จากกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรโดยตรง เช่น การเผาไหม้ของเครื่องจักร การใช้พาหนะขององค์กร (ที่องค์กรเป็นเจ้าของ) การใช้สารเคมีในการบำบัดน้ำเสีย การรั่วซึม/รั่วไหลจากกระบวนการหรือกิจกรรม เป็นต้น <u>SCOPE 2</u> : การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงาน (Energy Indirect Emissions) ได้แก่ การซื้อพลังงานมาใช้ในองค์กร เช่น พลังงานไฟฟ้า พลังงานความร้อน พลังงานไอน้ำ เป็นต้น <u>SCOPE 3</u> : การปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมด้านอื่น ๆ (Other Indirect Emissions) ได้แก่ การเดินทางของพนักงานด้วยพาหนะที่ไม่ใช่ขององค์กร การเดินทางไปสัมมนานอกสถานที่ การใช้วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น 3.การจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร (Carbon Footprint for Organization หรือ Corporate Carbon Footprint) เป็นวิธีการประเภทหนึ่งในการแสดงข้อมูลปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากการดำเนินงานขององค์กร อันจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) (อบก.) (Thailand Greenhouse Gas Management Organization : TGO) คือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมการบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจกของประเทศ และเป็นผู้ให้การขึ้นทะเบียนและรับรองปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลด/



กักเก็บได้

5. T-VER คือ โครงการลดก๊าซเรือนกระจกภาคสมัครใจตามมาตรฐานของประเทศไทย (Thailand Voluntary Emission Reduction Program: T-VER)” เพื่อเป็นกลไกที่สนับสนุนให้เกิดการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในประเทศไทยโดยความสมัครใจ และสามารถนำปริมาณการลดการปล่อยและ/หรือดูดกลับก๊าซเรือนกระจก หรือคาร์บอนเครดิตที่เกิดขึ้นภายใต้โครงการ T-VER นี้ไปจำหน่ายในตลาดคาร์บอนภาคสมัครใจในประเทศได้ และยังก่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วม (Co-benefit) ในด้านต่างๆ เช่น ลดมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม ลดการใช้เชื้อเพลิงฟอสซิล เพิ่มพื้นที่สีเขียว เพิ่มรายได้แก่ชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสู่เศรษฐกิจสีเขียวและสังคมคาร์บอนต่ำ (Green Growth Economy and Low Carbon Society)

6. คาร์บอนเครดิต (Carbon Credits) คือ ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลด/กักเก็บได้จากการดำเนินโครงการ T-VER และได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการอบก.และถูกบันทึกในระบบทะเบียนของ อบก. หน่วย: tCO₂ eqeq (ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า) สามารถนำคาร์บอนเครดิตไปแลกเปลี่ยนหรือซื้อ-ขาย ไปใช้ประโยชน์ได้ ไม่ว่าจะเป็น การนำไปปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลดได้จากการดำเนินงานไปรายงาน การนำไปใช้ชดเชยการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากองค์กร บุคคล งานบริการ หรือจากการผลิตผลิตภัณฑ์ เพื่อบรรลุเป้าหมายของเกณฑ์ทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆขององค์กร โดยคาร์บอนเครดิตมีหลายประเภทตามกลไกลดก๊าซเรือนกระจกที่ดำเนินการ

7.โครงการที่สามารถเข้าร่วมดำเนินโครงการ T-VER ดังนี้

- 1) การเพิ่มประสิทธิภาพพลังงาน
- 2) พลังงานทดแทน
- 3) การจัดการของเสีย
- 4) การจัดการในภาคขนส่ง
- 5) ป่าไม้และพื้นที่สีเขียว
- 6) การเกษตร
- 7) อื่นๆ ตามที่ อบก. กำหนด

8. ขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนดำเนินโครงการ T-VER มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนโครงการ ประกอบด้วย 4 Step

Step 1 พิจารณาขอบเขตการดำเนินโครงการ

Step 2 จัดทำข้อเสนอพิจารณาโครงการ

Step 3 ตรวจสอบความใช้ได้โครงการ โดย VVB ผู้ประเมินภายนอก (มีค่าใช้จ่าย)

Step 4 ขึ้นทะเบียนโครงการ



	2. ขั้นตอนการรับรองคาร์บอนเครดิต ประกอบด้วย 3 Step Step 5 ติดตามผลและจัดทำรายงาน Step 6 ทวนสอบปริมาณก๊าซเรือนกระจก โดย VVB ผู้ประเมินภายนอก (มีค่าใช้จ่าย) Step 7 รับรองคาร์บอนเครดิต		
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2569 โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนเครดิตอย่างน้อย 1 แห่ง			
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	-	1 แห่ง	3 แห่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกภาคสมัครใจขึ้นในจังหวัดอุบลราชธานี ส่งเสริมให้เกิดตลาดคาร์บอนในประเทศ สำหรับรองรับสถานการณ์ในการซื้อขายคาร์บอนเครดิตในอนาคต รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับทุกภาคส่วนในการรับมือกับพันธกิจ การมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) 29 แห่ง หรือโรงพยาบาลต่างสังกัด/เอกชน ที่สนใจเข้าร่วม		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามขั้นตอนของ T-VER 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำกับติดตามผลการดำเนินโครงการ 3. โรงพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอนของ T-VER และได้รับการรับรองคาร์บอนเครดิตจาก อบก.		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป / จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับท้าทาย B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		



เกณฑ์การประเมิน ปี 2569 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมโครงการขอขึ้นทะเบียนโครงการ 4 Step <u>Step 1</u> พิจารณาขอบเขตการดำเนินโครงการ	<u>Step 2</u> จัดทำข้อเสนอพิจารณาโครงการ <u>Step 3</u> ตรวจสอบความใช้ได้โครงการ โดย VVB ผู้ประเมินภายนอก <u>Step 4</u> ขึ้นทะเบียนโครงการ	ขั้นตอนการรับรองคาร์บอนเครดิต ประกอบด้วย 3 Step <u>Step 5</u> ติดตามผลและจัดทำรายงาน <u>Step 6</u> ทวนสอบปริมาณก๊าซเรือนกระจก โดย VVB ผู้ประเมินภายนอก	<u>Step 7</u> รับรองคาร์บอนเครดิต มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคาร์บอนเครดิตอย่างน้อย 1 แห่ง

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0.5 คะแนน	กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและมีแผนงานโครงการ T-VER กำหนด
0.5 คะแนน	กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรม
0.5 คะแนน	โรงพยาบาลมีการปลูกต้นไม้เพิ่มพื้นที่สีเขียว และมีต้นไม้ภายในโรงพยาบาล (ลดการปลดปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจก) หรือส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการใช้รถยนต์ไฟฟ้า (พลังงานสะอาด)
0.5 คะแนน	โรงพยาบาลมีผลการลดการใช้พลังงาน และมีกิจกรรมการอนุรักษ์พลังงาน มีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน/8 ขั้นตอน อันจะนำไปสู่การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ
1 คะแนน	โรงพยาบาลมีการใช้พลังงานสะอาด ติดตั้ง Solar Cell ใช้งานไม่เกิน 3 ปี (มีผลกับการขอขึ้นทะเบียน) หรืออยู่ระหว่างการติดตั้ง Solar Cell (แผนโครงการ+งบประมาณ/สัญญาดำเนินการ)
1 คะแนน	โรงพยาบาลมีโครงการ/กิจกรรม/นวัตกรรม ที่ช่วยลดขยะและของเสียทางการแพทย์
1 คะแนน	โรงพยาบาลได้รับการรับรองคาร์บอนเครดิตจาก อบก.
ประเมินทุกข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	



วิธีการประเมิน:	จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และการประเมินรับรองจาก อบก.
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 6. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 7. https://tver.tgo.or.th/index.php เว็บไซต์ขององค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) (อบก.) (Thailand Greenhouse Gas Management Organization : TGO)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบดีรินทร์ บุญจันทร์ โทรศัพท์ : 091-020-4657 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปิยะนุช คันสร ตำแหน่งนักสาธารณสุขชำนาญการ Tel. 094-562-4651 E-mail Oil_1728@hotmail.com



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี												
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy												
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ												
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ												
ตัวชี้วัดที่ (R 37)	ระดับความสำเร็จ ของอำเภอ มีการก่อสร้างบ่อบัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)												
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน												
คำนิยาม	การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง การดำเนินการเก็บ ขนและบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนที่ได้รับมอบอำนาจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ปลอดภัยโรคและไขหนองพยาธิ โดยบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลระบบทรายกรองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน โดยกลไกการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดและการบำรุงรักษา ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ข้อบัญญัติท้องถิ่น และระบบงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ หรือภาคเอกชน												
เกณฑ์เป้าหมาย													
อำเภอมีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร เพิ่มขึ้นปีละ 1 แห่ง													
	<table><tr><td>ค่าเป้าหมาย</td><td>ปี 2567</td><td>ปี 2568</td><td>ปี 2569</td></tr><tr><td>-อำเภอมีบ่อบัดสิ่งปฏิกูล (อำเภอ)</td><td>12 อำเภอ</td><td>14 อำเภอ</td><td>25 อำเภอ</td></tr><tr><td>-อปท.ต้นแบบ (แห่ง)</td><td>1 แห่ง</td><td>2 แห่ง</td><td>3 แห่ง</td></tr></table>	ค่าเป้าหมาย	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	-อำเภอมีบ่อบัดสิ่งปฏิกูล (อำเภอ)	12 อำเภอ	14 อำเภอ	25 อำเภอ	-อปท.ต้นแบบ (แห่ง)	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง
ค่าเป้าหมาย	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569										
-อำเภอมีบ่อบัดสิ่งปฏิกูล (อำเภอ)	12 อำเภอ	14 อำเภอ	25 อำเภอ										
-อปท.ต้นแบบ (แห่ง)	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง										
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ 2. เพื่อตรวจจรรยาภิไ้ไม่ดับ อย่างมีประสิทธิภาพและมีการใช้บ่อสิ่งสิ่งปฏิกูล												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-รายงานผลการดำเนินงานระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ -รายงาน EHA 3002												
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการประเมินรับรอง												
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ×100												
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)												



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน	กิจกรรมการดำเนินงาน
0.5 คะแนน	อำเภอมีแผนงานเป้าหมาย อย่างน้อย 1 แห่ง ผ่าน พชอ. /มีข้อบัญญัติ มีตั้งงบประมาณของ อปท.ผ่านสภา (มีหลักฐาน)
0.5 คะแนน	มีการยื่นขอใช้ที่ดิน สาธารณะ ป่าไม้ สปก. ฯลฯ (มีหลักฐาน)
1 คะแนน	ผ่านประชาคมในพื้นที่เป้าหมาย (มีหลักฐาน ,รูปภาพ)
1 คะแนน	อยู่ระหว่างการก่อสร้างเสร็จ (แต่ยังไม่เปิดใช้ , รูปภาพ)
1.5 คะแนน	ดำเนินการแล้วเสร็จและเปิดใช้งานบ่อบำบัด
0.5 คะแนน	ผ่านการประเมิน EHA รหัส 3002
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) หมายเหตุ : อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลอยู่แล้ว (ก่อนปีงบประมาณ 2569) หากมีการบำรุงรักษาและใช้งานได้ ปกติ และต่อเนื่อง จะได้คะแนน 1.5 คะแนน และหากมีกิจกรรมเตรียมการก่อสร้างแห่งใหม่ เพิ่มเติม ก็จะได้คะแนน ตามกิจกรรมที่ดำเนินการ	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :	-<u>อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 14 อำเภอ</u> ได้แก่ เชียงใน เขมราฐ นาตาล เหล่าเสือโก้ก ศรีเมืองใหม่ พิบูลมังสาหาร กุดข้าวปุ้น ม่วงสามสิบ หนองสิริก ดอนมดแดง วารินชำราบ โพธิ์ไทรสำโรง เมืองอุบลราชธานี -<u>อำเภอที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 11 อำเภอ</u> ได้แก่ ทุ่งศรีอุดม ตาลสมุท นาคะหวาย น้ำยืน นาเยีย น้ำขุ่น สว่างวีระวงศ์ ตระการพืชผล เดชอุดม โขงเจียม สิรินคร
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ 091-020-4657 2. นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 086-254-9462
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 086-254-9462 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 38)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (ค่าเป้าหมาย : > 95%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	1. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล (รพ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ 3. ผลการประเมินตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge รวมทั้งหมด 270 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 3.1 ระดับมาตรฐาน (Standard) หมวด CLEAN + GREEN (13 ข้อ) คะแนนเต็ม 220 (80%) ต้องได้คะแนน 176 ขึ้นไป และมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และผ่านการดำเนินงานตามกฎหมายกำหนดในเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท 2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวง มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545



หมวด R: Restroom การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน

7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

หมวด N: Nutrition การจัดการสุขภาพโภชนาการ การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพโภชนาการตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพโภชนาการ
11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพโภชนาการตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพโภชนาการ
12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)



	3.2 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป) ต้องได้คะแนน 243 ขึ้นไป ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด GREEN 14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN 15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community 3.3 ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1- 15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทายเลือกอย่างน้อยจำนวน 1 ด้าน ดังนี้ 3.3.1 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Medical Waste Management) 3.3.2 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient Energy Management) 3.3.3 โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและการเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)								
เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 30									
<table><tr><th>ปี 2567</th><th>ปี 2568</th><th>ปี 2569</th><th>ปี 2570</th></tr><tr><td>ร้อยละ 60 (18 แห่ง) ผลงาน 96.55%</td><td>มาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 25</td><td>มาตรฐานร้อยละ 95 ระดับท้าทายร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 100 ระดับท้าทายร้อยละ 50</td></tr></table>	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ร้อยละ 60 (18 แห่ง) ผลงาน 96.55%	มาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 25	มาตรฐานร้อยละ 95 ระดับท้าทายร้อยละ 30	ร้อยละ 100 ระดับท้าทายร้อยละ 50	
ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570						
ร้อยละ 60 (18 แห่ง) ผลงาน 96.55%	มาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 25	มาตรฐานร้อยละ 95 ระดับท้าทายร้อยละ 30	ร้อยละ 100 ระดับท้าทายร้อยละ 50						
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและยกระดับให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมสู่ GREEN&CLEAN Hospital Challenge เป็นไปตามกฎหมาย มาตรฐานวิชาการ และยกระดับการพัฒนาต่อยอดสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน และยกระดับเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับรองเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนเครดิตจากองค์การก๊าซเรือนกระจก								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) จำนวน 29 แห่ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital								



	(https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และ ยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการประเมิน ในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมิน ไปยังศูนย์อนามัย 4. ศูนย์อนามัยส่งประเมินโรงพยาบาล บันทึกข้อมูล รวมถึงอนุมัติผลการประเมิน ยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายัง สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 5. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประเมินระดับท้าทาย 2 ด้าน คือ ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ และด้านการจัดการพลังงาน อย่างมีประสิทธิภาพ 6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมประเมินระดับท้าทาย 1 ด้าน คือ ด้านการพัฒนา โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และอนุมัติ ผลการประเมินระดับท้าทาย 7. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงาน ผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ดึงข้อมูลผลการประเมินในระบบ)		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป/จำนวนโรงพยาบาล ที่ผ่านระดับท้าทาย B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.โรงพยาบาลประเมิน ตนเองในระบบ 2.จัดทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge และดำเนินการ ตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตาม ส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.โรงพยาบาลผ่านระดับ มาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 20	6.โรงพยาบาลผ่านระดับ มาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 ระดับท้าทายร้อยละ 30



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0.5 คะแนน	มีนโยบายและแผนในการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge ตามเกณฑ์
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเองในระบบ GREEN&CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
0.5 คะแนน	ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 90 ระดับดีขึ้นไปร้อยละ 50
0.5 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม
2 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับท้าทาย

ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

วิธีการประเมิน:	การประเมินรับรอง ระดับมาตรฐาน (Standard) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับดีเยี่ยม (Excellent) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับท้าทาย (Challenge) โดยศูนย์อนามัยที่ 10 และกรมอนามัย
เอกสารสนับสนุน :	- คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge - คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ - คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) - คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล - คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล - คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน - คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Based line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2566	พ.ศ.2567	พ.ศ.2568
ระดับทำลาย (จำนวน 3 ด้าน)	ร้อยละ	N/A	0	6.8
ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	100	96.55	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายบดินทร์ บุญจันทร์ โทรศัพท์ 091-020-4657 หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ - สกุล นางปิยะนุช คันธร ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 094-562-4651 E-mail Oil_1728@hotmail.com			

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	2.สุขภาพดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 39)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ประเมิน ผ่านเกณฑ์ EMS : (Environment, Modernization and Smart Service) (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล (รพ.) สังกัดกระทรวง สาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) จำนวน 26 แห่ง 2. การพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS : (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มี สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่



ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัย ทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลาการคอยลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 2.1 สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การพัฒนาและปรับปรุงสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ 2.2 ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้มารับบริการ รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ 2.3 บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการ อย่างมืออาชีพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งมั่นในการให้บริการ ลดข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษให้กับผู้รับบริการ 3. คะแนนการประเมิน 3.1 สิ่งแวดล้อมดี (Environment) มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน 3.2 ความทันสมัย (Modernize) มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน 3.3 บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน รวมคะแนนเต็มทั้ง 3 ด้าน 28 คะแนน 4. ผลการประเมินรับรองชั้นสูง (The best) ต้องมีคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มีคะแนนรวม 3 ด้าน อย่างน้อย 23 คะแนนขึ้นไป)			
เกณฑ์เป้าหมายปี 2569 จำนวนของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชั้นสูง (The best)			
ปีงบประมาณ 65-67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ผ่านเกณฑ์การประเมินชั้นสูง (The best) (4 แห่ง)	ผ่านเกณฑ์การประเมินชั้นสูง (The best) (3 แห่ง)	ผ่านเกณฑ์การประเมินชั้นสูง (The best) (3 แห่ง)	ผ่านเกณฑ์การประเมินชั้นสูง (The best) (3 แห่ง)
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) จำนวน 26 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.โรงพยาบาลประเมินตนเองยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมิน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินรับรอง		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่านการประเมินขั้นสูง The best นับผลงานสะสม B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A*100/B		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.โรงพยาบาลประเมินตนเองขอรับการตรวจประเมิน	2.ดำเนินงานตามแผนต่อเนื่องและรับการประเมิน 3.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	4.โรงพยาบาลผ่านการประเมินขั้นสูง The best อย่างน้อย 8 แห่ง (นับผลงานสะสม) ร้อยละ 30.76	5.โรงพยาบาลผ่านการประเมินขั้นสูง The best อย่างน้อย 10 แห่ง (นับผลงานสะสม) ร้อยละ 38.46
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน		
1 คะแนน	มีนโยบายและแผนในการพัฒนาตามเกณฑ์ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน EMS		
0.5 คะแนน	มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน EMS		
1 คะแนน	มีรายงานการประชุมเพื่อขับเคลื่อน/ติดตามการดำเนินงานอย่างน้อย 2 ครั้ง		
0.5 คะแนน	มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ขั้นสูง The best		
2 คะแนน	ผ่านการประเมินขั้นสูง The best		
ประเมินทุกข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
วิธีการประเมิน :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินสถานบริการฯ ตามเกณฑ์การประเมินสถานบริการฯ ขั้นสูง (The best)		



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2566	2567	2568	
ชั้นสูง (The Best)	แห่ง (ร้อยละ)	1 (3.84)	3 (11.53)	3 (11.53)	
ผลงานสะสม	แห่ง (ร้อยละ)	1 (3.84)	4 (15.38)	7 (26.92)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายบดินทร์ บุญจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โทรศัพท์มือถือ : 091-0204657				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปิยะนุช คันสร ตำแหน่งนักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-5624651 E-mail Oil_1728@hotmail.com				

Template Ranking ปี 2569

3. เทคโนโลยีดี





ประเด็นนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 40)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ <u>โรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับทอง ขึ้นไป</u> (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน การปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัย อย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินสำหรับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านโครงสร้าง (2) ด้านบริหารจัดการ (3) ด้านการบริการ และ (4) ด้านบุคลากร มีคะแนนในการประเมินรวมทั้งสิ้น 1,000 คะแนน รายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้ 1. ด้านโครงสร้าง เกณฑ์การประเมินให้ครอบคลุมมาตรฐาน ISO 27001 คะแนนเต็ม 300 คะแนน คะแนนจำเป็น 170 คะแนน เช่น ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการด้านสถานที่ ห้องควบคุม Data center ให้ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย การสำรองข้อมูล การจัดการข้อมูล ด้านการบริหารจัดการ เน้นการส่งข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลให้ ทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ เป็นต้น 2. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน คะแนนจำเป็น 170 คะแนน เช่น การส่งข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูล ให้ทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ การขึ้นทะเบียน Provider ID การอำนวยความสะดวกในการชำระค่าใช้จ่ายแบบไร้เงินสดการบริหารจัดการทางการเงิน การเรียกเก็บค่าบริการ การส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ การสื่อสาร ภายในองค์กร ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น 3. ด้านการบริการ รูปแบบการบริการดิจิทัลสุขภาพ คะแนนเต็ม 300 คะแนน คะแนนจำเป็น 170 คะแนน เช่น ระบบการนัดหมาย จอคิวออนไลน์ การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) การรับ-ส่งยาใกล้บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ด้านบุคลากร (100 คะแนน) เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้บริหารสูงสุด ขององค์กร ผู้บริหารองค์กร เจ้าหน้าที่ IT และเจ้าหน้าที่ทั่วไปได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนา



	ทักษะความรู้ ทางด้านดิจิทัล ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาล ให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งระดับความสำเร็จโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับเพชร 800 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์จำเป็น + ผ่าน Cyber security ระดับสูง (สนส.)  ระดับทอง 700 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์จำเป็น  ระดับเงิน 600 คะแนนขึ้นไป 						
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569						
	<table><tr><th>ปีงบประมาณ 2569</th><th>ปีงบประมาณ 2570</th><th>ปีงบประมาณ 2571</th></tr><tr><td>โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป 100%</td><td>โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรครบ 100 %</td><td>-</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป 100%	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรครบ 100 %	-
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป 100%	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรครบ 100 %	-					
วัตถุประสงค์	1) เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้ 3) เพื่อให้การบริการจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร 4) เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ทางด้านดิจิทัล ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน ให้สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานยิ่งขึ้น						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการดำเนินการ และแนบเอกสารหลักฐาน ผ่านระบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ						

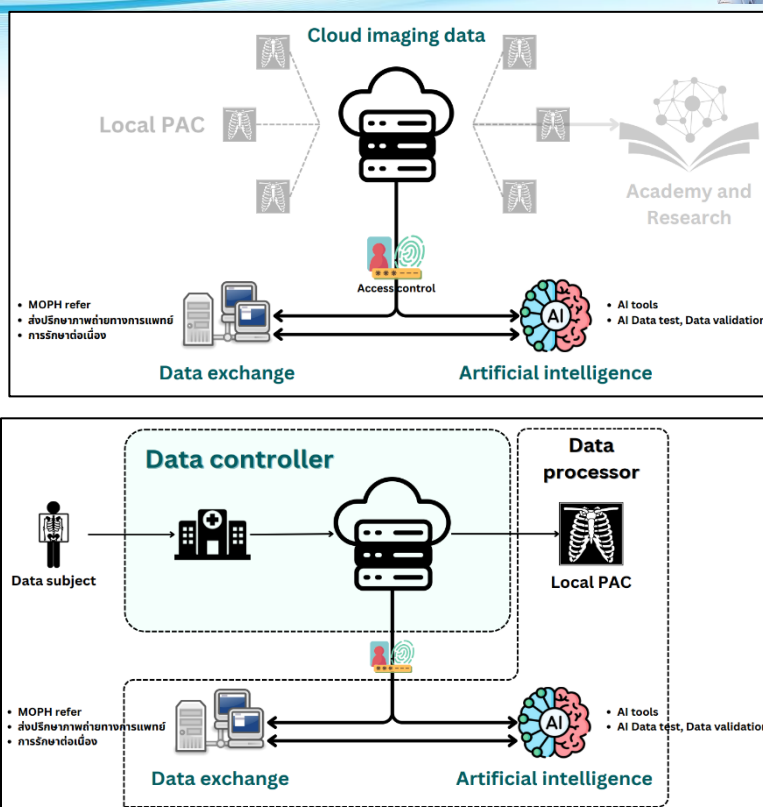


แหล่งข้อมูล	1.ระบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ https://bdh-service.moph.go.th/smarthosp-quest/register			
การติดตามรายไตรมาส ปีงบประมาณ 2569				
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	ตรวจประเมินโดยคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดรอบที่ 1	โรงพยาบาลที่รับการประเมินทบทวนและส่งรายงานการแก้ไขให้กับคณะกรรมการ	ตรวจประเมินโดยคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดรอบที่ 2 ส่งผลประเมินให้คณะกรรมการระดับเขต	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
1 คะแนน	หน่วยบริการประเมินตนเองในระบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ครบทุกด้าน ทุกหัวข้อ			
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงิน โดยรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2569			
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงิน และแนบเอกสารหลักฐานครบทุกหัวข้อการประเมิน โดยรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2569			
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง โดยรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2569			
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง ขึ้นไป และแนบเอกสารหลักฐานครบทุกหัวข้อการประเมิน ปีงบประมาณ 2569			
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากระบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ			
เอกสารสนับสนุน :	https://bdh.moph.go.th/site/main-smarthospital/			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
ระดับเงิน	รพ.	-	22	22
ระดับทอง	รพ.	-	-	-
ระดับเพชร	รพ.	-	3	3



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสุพจน์ สุดสี (หัวหน้ากลุ่มงานฯ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2. นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3. นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 41)	ร้อยละของการส่งภาพ X-Ray เข้าสู่ระบบ Imaging Data Hub ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ค่าเป้าหมาย : 100%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	Imaging Data Hub คือ ศูนย์กลางข้อมูลภาพทางการแพทย์แบบออนไลน์ที่ใช้สำหรับการจัดเก็บ ส่งต่อ และจัดการภาพถ่ายทางการแพทย์ เช่น เอกซเรย์, CT, และ MRI เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าถึงภาพเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็วและสะดวก การทำงานของ Hub นี้ช่วยลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยออกแบบให้เป็นระบบที่มีมาตรฐานความปลอดภัยระดับสากล (ISO) ในด้านสารสนเทศ บริการเทคโนโลยี และการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ระบบนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้แพทย์สามารถเข้าดูภาพถ่ายของผู้ป่วยได้ทันทีจากทุกที่ ลดความซ้ำซ้อนในการตรวจซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ทั้งยังนำเทคโนโลยี AI มาช่วยคัดกรองความผิดปกติเบื้องต้น เช่น วัณโรคจากเอกซเรย์ปอด และเตรียมขยายสู่การวิเคราะห์ภาพการตรวจชนิดอื่น ๆ ต่อไป



เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของการส่งภาพ X-Ray เข้าสู่ระบบ Imaging Data Hub 100 %

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
1.มีการส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี เข้าสู่ระบบ Imaging data hub ผ่าน portal หรือ API 100 %	1.ส่งข้อมูลข้อมูลเข้าสู่ระบบ Imaging data hub ครบ 100 % ผ่านทาง API	1.ส่งข้อมูลข้อมูลเข้าสู่ระบบ Imaging data hub ครบ 100 % ผ่านทาง API 2.อ่านผลวิเคราะห์ภาพถ่ายทาง รังสี ผ่านระบบ Imaging data hub
วัตถุประสงค์	1.มีระบบคลังข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี 2.มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลภาพถ่ายทางการแพทย์ การให้ความคิดเห็น และส่งปรึกษา 3.เพิ่มความไวในการวินิจฉัย ด้วยเครื่องมือ AI ในการช่วยคัดกรอง ความผิดปกติ ภาพถ่ายทางการแพทย์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ 1. กลุ่มงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย 2. กลุ่มงานงานสุขภาพดิจิทัล	



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จากระบบ Imaging data hub โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการดึงข้อมูลเพื่อ บ่งชี้โรงพยาบาล ที่มีการให้บริการ และจำนวนครั้งของการให้บริการ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนการส่งภาพถ่ายทางรังสี ที่ส่งเข้าระบบ Imaging data hub (เคส)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนภาพถ่ายทางรังสีของหน่วยบริการ (เคส) จากระบบ Pacs
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

การติดตามรายไตรมาส ปี 2569

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	1.มีการดำเนินงานระบบ ส่งภาพถ่ายทางรังสีเข้าระบบ Imaging data hub ทาง portal / API 2.มีแผนการดำเนินการเพื่อเชื่อมโยงระบบภาพถ่ายทางรังสีเข้าสู่ระบบ Imaging data hub ผ่าน API	-	1. มีการดำเนินงานระบบ ส่งภาพถ่ายทางรังสีเข้าระบบ Imaging data hub ทาง portal / API 2. มีการดำเนินการเพื่อเชื่อมโยงระบบภาพถ่ายทางรังสีเข้าสู่ระบบ Imaging data hub ผ่าน API 3. สามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API ได้ครบ 100 %

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API เข้าสู่ระบบ Imaging data hub ได้ 1-20 % ของภาพถ่ายทางรังสี ปีงบประมาณ 2569
2 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API เข้าสู่ระบบ Imaging data hub ได้ 21-40 % ของภาพถ่ายทางรังสี ปีงบประมาณ 2569
3 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API เข้าสู่ระบบ Imaging data hub ได้ 41-60 % ของภาพถ่ายทางรังสี ปีงบประมาณ 2569
4 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API เข้าสู่ระบบ Imaging data hub ได้ 61-80 % ของภาพถ่ายทางรังสี ปีงบประมาณ 2569
5 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีผ่าน portal/API เข้าสู่ระบบ Imaging data hub มากกว่า 80 % ของภาพถ่ายทางรังสี ปีงบประมาณ 2569

วิธีการประเมินผล :	1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามผ่านระบบ คลังข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี Imaging data hub 2) รายงานจำนวนภาพถ่ายทางรังสีจากระบบ PACS กลาง จังหวัดอุบลราชธานี
--------------------	---



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1)นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2)นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3) นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 42)	ร้อยละของการใช้งาน Tele medicine โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ค่าเป้าหมาย : $\geq 20\%$ ของ OP visit ของโรงพยาบาล)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ไปยังผู้รับบริการ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์ หรือแพลตฟอร์ม และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service รหัสประเภทการมา รับบริการ เป็นเลขรหัส 5 “การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine โรงพยาบาลจะต้องมีบริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ โดยมีดำเนินการดังนี้ 1. ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่



2. มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์ โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพ ดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ

3. มีระบบสารสนเทศเพื่อดำเนินการ Telemedicine (หมอพร้อม station , สอน. Buddy หรือระบบอื่นๆ)

4. มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน

5. มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ

6. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ

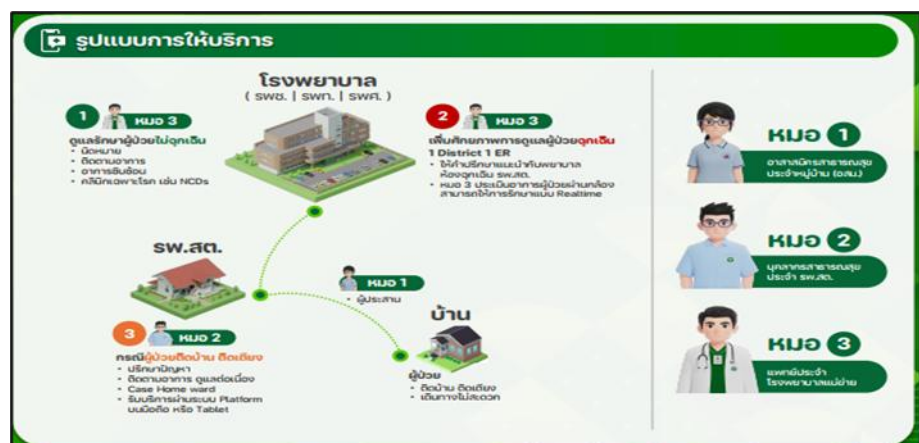
2. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ

3. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือ ตามบริบทของพื้นที่

4. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการ รักษาได้

5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้

6. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตาม และ กำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการ ให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยา ที่บ้านได้โดยมีรูปแบบ การใช้บริการดังนี้





เกณฑ์เป้าหมาย การให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicine / Telehealth ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของ OP Visit			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	1. มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth ทุกโรงพยาบาล 2. โรงพยาบาลมีการจัดสรร บุคลากรหรือหน่วยงานเพื่อ ดำเนินการ การแพทย์ทางไกล 3. มีการให้บริการการแพทย์ ทางไกล Telemedicine / Telehealth ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของ OP Visit	1. มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth ทุกโรงพยาบาล 2. โรงพยาบาลมีการจัดสรรบุคลากร และหน่วยงานเพื่อดำเนินการ การแพทย์ทางไกล 3. มีระบบการนัดหมายเพื่อให้บริการ การแพทย์ทางไกล Telemedicine / Telehealth ไม่น้อยกว่า	1. โรงพยาบาลมีการจัดสรร บุคลากรและหน่วยงานเพื่อ ดำเนินการ การแพทย์ทางไกล 2. มีระบบการนัดหมายเพื่อ ให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicine / Telehealth ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของ OP Visit Telehealth ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของ OP Visit 3. มีระบบการสอบถามความ พึงพอใจการให้บริการการแพทย์ ทางไกล
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลครอบคลุม หน่วยบริการทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการไม่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการดึงข้อมูลเพื่อ 1. บ่งชี้โรงพยาบาลที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2569 - 2571		
แหล่งข้อมูล	https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report-detail/2d85d6ec39840f8051854b028fa13073		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับ บริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)”)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท		
	$A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		



การติดตามรายไตรมาส		ปีงบประมาณ 2569	
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	1. มีคำสั่งคณะทำงาน Telemedicine 2. มีแผนการดำเนินงานระบบ Telemedicine 3. มีแพลตฟอร์มการดำเนินการ Telemedicine 4. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicineและมีจำนวนครั้งในการให้บริการ	-	1. มีคำสั่งคณะทำงาน Telemedicine 2. มีแผนการดำเนินงานระบบ Telemedicine 3. มีแพลตฟอร์มการเพื่อดำเนินการ Telemedicine 4. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลTelemedicineและมีจำนวนครั้งในการให้บริการ ไม่น้อยกว่า 20 % ของ OP Visit
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม		
0 คะแนน	ไม่มีการดำเนินการ Tele medicine		
2 คะแนน	มีแพลตฟอร์มการดำเนินการ แต่ไม่มีจำนวนการให้บริการ Tele medicine		
3 คะแนน	มีจำนวนครั้งในการให้บริการ Telemedicine 1 – 10 % ของ OP Visit		
4 คะแนน	มีจำนวนครั้งในการให้บริการ Telemedicine 11 - 20 % ของ OP Visit		
5 คะแนน	มีจำนวนครั้งในการให้บริการ Telemedicine > 20 % ของ OP Visit		
วิธีการประเมินผล :	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามผ่านระบบ คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC) 2.ระบบรายงาน Telemedicine กระทรวงสาธารณสุข		
เอกสารสนับสนุน :	1. https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report-detail/2d85d6ec39840f8051854b028fa13073 2. https://health-mis-dashboard.moph.go.th/main/telemedicine		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 (HDC)			



โรงพยาบาล	Visit	จำนวนบริการ การแพทย์ทางไกล	%
10669: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	940883	218	0%
10944: โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่	146208	4167	3%
10945: โรงพยาบาลโขงเจียม	79835	315	0%
10946: โรงพยาบาลเขื่องใน	235304	16261	7%
10947: โรงพยาบาลเขมราฐ	181090	8174	5%
10948: โรงพยาบาลนาจะหลวย	94705	60	0%
10949: โรงพยาบาลน้ำยืน	116664	530	0%
10950: โรงพยาบาลบุณฑริก	169653	2046	1%
10951: โรงพยาบาลระบือพิบูล	273442	21687	8%
10952: โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น	98978	171	0%
10953: โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	176841	6462	4%
10954: โรงพยาบาลวารินชำราบ	384491	21121	5%
10956: โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร	308187	2665	1%
10957: โรงพยาบาลคาลาม	70045	1704	2%
10958: โรงพยาบาลโพธิ์ไทร	110476	5437	5%
10959: โรงพยาบาลสำโรง	132104	6459	5%
10960: โรงพยาบาลคอนมณีแดง	73019	1787	2%
10961: โรงพยาบาลสิรินธร	105414	33	0%
10962: โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	90933	744	1%
11443: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชเดชอุดม	389072	3729	1%
21984: โรงพยาบาล 50 พรรษา นวัตวิทย์ราชภัฏ	334827	1960	1%
24032: โรงพยาบาลนาตาล	92103	3557	4%
24821: โรงพยาบาลนาเยีย	53287	769	1%
27967: โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์	26083	564	2%
27968: โรงพยาบาลน้ำขุ่น	60727	112	0%
27976: โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก	42945	738	2%
รวม	4944651	111470	2%

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 086-8757244
2. นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 096-3953599
3. นายเชิดชัย สะตังค์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 083-9375551



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 2. นายเชิดชัย สะตึงค์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-937-5551

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 43)	ร้อยละของการใช้งาน Telemedicine โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ค่าเป้าหมาย : $\geq 10\%$ ของ OP visit รพ.สต.)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การบริการการแพทย์ทางไกล (Tele medicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาล หรือ บุคลากรทางการแพทย์ไปยังผู้รับบริการ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์ หรือ แพลตฟอร์ม และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service รหัสประเภทการมารับบริการ เป็นเลขรหัส 5 “การบริการการแพทย์ทางไกล Tele health/ Tele medicine หน่วยบริการจะต้องมีบริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1. ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ตามบริบทของพื้นที่



2. มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพ ดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ

3. มีระบบสารสนเทศเพื่อดำเนินการ Telemedicine (หมอฟร้อม station , สอน. Buddy หรือระบบอื่นๆ)

4. มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน

5. มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ใน ระบบบริการ

6. มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ

2. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เห็นสมควร หรือ ตามบริบทของพื้นที่

3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการ รักษาได้

4. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้

5. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตาม และกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยา ที่บ้านได้ โดยมีรูปแบบการใช้บริการดังนี้





เกณฑ์เป้าหมาย การให้บริการการแพทย์ทางไกล Tele medicine / Tele health ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของ OP Visit	
ปีงบประมาณ 2569	
1. รพ.สต. มีการจัดสรรบุคลากรและหน่วยงานเพื่อดำเนินการ การแพทย์ทางไกล 2. มีระบบการนัดหมายเพื่อให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicine / Telehealth ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของ OP Visit 3. มีระบบการสอบถามความพึงพอใจการให้บริการการแพทย์ทางไกล	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลครอบคลุมหน่วยบริการทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการไม่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี * ยกเว้นอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปต่างสังกัด 100 %
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการดึงข้อมูลเพื่อ 1. บ่งชี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2569 - 2571
แหล่งข้อมูล	https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report-detail/2d85d6ec39840f8051854b028fa13073
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต. ที่มีบริการการแพทย์ทางไกล จำแนกรายอำเภอ (รหัสประเภทการมารับบริการ service type 5) ข้อมูล HDC
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต. จำแนกรายอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$*(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ service type 5)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	$*(C/D) \times 100$



การติดตามรายไตรมาส		ปีงบประมาณ 2569	
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	1. มีคำสั่งคณะทำงาน Telemedicine 2. มีแผนการดำเนินงานระบบ Telemedicine 3. มีแพลตฟอร์มการดำเนินการ Telemedicine 4. มีการให้บริการการแพทย์ ทางไกลTelemedicine และมี จำนวนครั้งในการให้บริการ		1. มีคำสั่งคณะทำงาน Telemedicine 2. มีแผนการดำเนินงานระบบ Telemedicine 3. มีแพลตฟอร์มการเพื่อดำเนินการ Telemedicine 4. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล Telemedicineและมีจำนวนครั้งในการ ให้บริการ ไม่น้อยกว่า 10 % ของ OP Visit
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม		
1 คะแนน	ไม่มีบริการ Telemedicine ของ รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
2 คะแนน	*มีการให้บริการ Telemedicine ของ รพ.สต.ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1-10 % ของ รพ.สต. ในสังกัด		
3 คะแนน	*มีการให้บริการ Telemedicine ของ รพ.สต.ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11-20 % ของ รพ.สต. ในสังกัด		
4 คะแนน	*มีการให้บริการ Telemedicine ของ รพ.สต.ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ > 20 % ของ รพ.สต. ในสังกัด		
5 คะแนน	*มีการให้บริการ Telemedicine ของ รพ.สต.ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ > 20 % ของ รพ.สต. ในสังกัด **และมีจำนวนการให้บริการ >= 10 % ของ OP visit		
วิธีการประเมินผล :	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามผ่านระบบ คลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ Health Data Center (HDC) 2.ระบบรายงาน Telemedicine กระทรวงสาธารณสุข		
เอกสารสนับสนุน :	1. https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report- detail/2d85d6ec39840f8051854b028fa13073 2. https://health-mis-dashboard.moph.go.th/main/telemedicine		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 (HDC)			



อำเภอ	จำนวนบริการ การแพทย์ทางไกล (ครั้ง)			
	ผลงานโรงพยาบาล	จำนวน รพ.สต. ในสังกัด	จำนวน รพ.สต.ที่มีการให้บริการ	ผลงาน รพ.สต.
กุดข้าวปุ้น	171	8		
เขมราฐ	8174	10		
เขื่องใน	16261	14		
โขงเจียม	309	3		
ดอนมดแดง	1787	0		
เดชอุดม	3729	28		
ตระการพืชผล	21687	21	1	1
ตาลชุม	1560	4		
ทุ่งศรีอุดม	744	6	1	2
นาจะหลวย	60	7	1	94
นาตาล	3557	5		
นาเยีย	760	0		
นาขุ่น	112	6	2	62
น้ำยืน	530	14	1	1
บุณฑริก	2046	14		
พิบูลมังสาหาร	2665	17	1	6
โพธิ์โพธิ์	5437	10		
ม่วงสามสิบ	6462	14		
เมือง	3812	26	2	5
วารินชำราบ	21121	15		
ศรีเมืองใหม่	4167	10		
สว่างวีระวงศ์	564	6		
สำโรง	6461	12		
สิรินธร	33	7	1	4
เหล่าเสือโก้ก	714	0		
รวม	112,923	257	10	175

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- 1.นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244
- 2.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599
- 3.นายเชิดชัย สะตังวงศ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 083-937-5551

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการ
ดำเนินงาน

- 1.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599
- 2.นายเชิดชัย สะตังวงศ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 083-937-5551



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 44)	ร้อยละของ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการประเมิน Cyber Security (เกณฑ์ปี 2569) (ค่าเป้าหมาย : 100%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน

คำนิยาม

หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่เปิดให้บริการแล้ว

มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus : CTAM +) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและมีคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (สีเขียว)



รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตาม QR Code

<https://moph.link/ixoXD07ja>



เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	
	รพ.ทุกแห่ง 100%	รพ.ทุกแห่ง 100%	รพ.ทุกแห่ง 100%	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจจับ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ 2.เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ ที่ส่งผลต่อการให้บริการประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 3.เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐาน Technology Cybersecurity Assessment Matrix Plus : CTAM + 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลเพื่อ จัดทำรายงาน ในระดับภาพรวมจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	1. แบบประเมินตนเองด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 2. Dashboard การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ https://ict.moph.go.th/th/extension/1524			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569			
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
1 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยต่ำ (ความเสี่ยงสูง)			
3 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยปานกลาง (ความเสี่ยงปานกลาง)			
5 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยสูง (ความเสี่ยงต่ำ)			
วิธีการประเมินผล :	คะแนนประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับเขตประเมิน			
เอกสารสนับสนุน :	https://www.ncsa.or.th/standards/laws https://ict.moph.go.th/th/extension/1524			



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
หน่วยงานได้รับการตรวจประเมินการรักษา ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	แห่ง	25	25	25
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายสุพจน์ สุดลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2) นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3) นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599			



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	3. เทคโนโลยีดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 20	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์
ตัวชี้วัดที่ (R 45)	ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ยื่นคำขอ รับรองมาตรฐาน HAIT plus Lev.1 (ค่าเป้าหมาย : 100%)
คำถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนา คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAITตามขั้นตอน หรือได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทุกระดับการขอรับรอง การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมิน ตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association(TMI) กำหนดดังต่อไปนี้ โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบ การพัฒนา คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทาอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อน กำหนดการที่คาดหวังว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ



2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อม แจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงาน โรงพยาบาลที่ ระบุ

3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคูณภาพระบบ เทคโนโลยี สารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ

4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน

5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน

6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI เภณท์ การประเมินเพื่อผ่านมาตรฐาน HAIT Plus ดังนี้

TMI Hospital IT Maturity Model (January 2025)				
System	Level 1	Level 2	Level 3	
0 General Status	เริ่มมีทั้งงานและกระบวนการจัดการให้ เกิดคุณภาพ โดยเริ่มเห็นผลบางส่วน	เห็นงานจากฝ่ายต่างๆ (ฝ่ายบริการ ผู้ปฏิบัติงานและฝ่าย IT) ร่วมกัน ดำเนินการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและ เชื่อมโยง ในสายต่างๆ เกิดระบบการ พัฒนาคูณภาพด้าน IT	มีการพัฒนางานภาพอย่างกว้างขวาง ทั้งองค์กร เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง ผู้รับผิดชอบใน ประเด็นสำคัญด้านโดยเฉพาะ เริ่มเกิด วัฒนธรรมคุณภาพ IT	
1 IT Master Plan	แผน IT สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล ตอบสนองยุทธศาสตร์หลักของ โรงพยาบาล มีกระบวนการ พัฒนาแผน ที่ไม่ขาดฐาน	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่ สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล เกิด ผลสำเร็จในบางโครงการ	มีการดำเนินการตามแผน IT ที่ สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาล เกิด ผลสำเร็จ โดย IT เป็นเครื่องมือหลักใน การผลักดันยุทธศาสตร์ สำคัญของโรงพยาบาล	
2 IT Risk Management	มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการความเสี่ยงจน ประเมิน ได้ว่าความเสี่ยงลดลง	นำผลการจัดการความเสี่ยงในระบบ IT มาใช้ปรับปรุงแผนการจัดการ ความเสี่ยงในต่อไป ทำให้ความเสี่ยงลดลง ได้ต่อเนื่อง	มีการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนิน ครอบคลุม PDCA อย่างต่อเนื่อง ไม่ เหลือความเสี่ยงสำคัญที่ไม่ได้รับการ จัดการ และครอบคลุมความเสี่ยงที่มี ผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย	
3 Information Security Management	มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความ เน้นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ อย่างเคร่งครัด มีการจัดการ Data Center จนไม่กระทบต่อทุกด้าน	มีการจัดการการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ เข้าถึงเฉพาะผู้ที่รับผิดชอบการดูแล รักษาผู้ป่วยในวงดังกล่าวเท่านั้น ไม่ มี การใช้อ้างอิงในการส่งข้อมูลผู้ป่วย โดยไม่บันทึกและไม่สอดคล้องกับ กฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	มีการจัดการการควบคุมข้อมูลที่เป็น ครอบคลุม PDCA อย่างต่อเนื่อง มี ความสามารถในการตรวจสอบการละเมิด ความมั่นคง เปรียบเทียบกับระบบที่ เปรียบเทียบได้อย่างรวดเร็ว	

TMI Hospital IT Maturity Model (January 2025)				
System	Level 1	Level 2	Level 3	
4 Service Desk, Service Level Agreement (SLA), Incident & Problem Management	มีการจัด service desk มีการประกาศ SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างชัดเจนสำหรับ ผู้ใช้ระบบ IT มีระบบเก็บข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนเหตุการณ์	ประกาศ SLA ที่สำคัญได้ครอบคลุมด้าน การบริการ (Hardware, Software, Network, Data Service, New Requirement) มีข้อมูลในระบบ Incident และ Activity Monitoring มากกว่าร้อยละ 95 ของจำนวน เหตุการณ์ และมีการจัดการ Incident และ Problem Management	มี SLA ที่สอดคล้องกับกิจกรรมหลัก มี กลไกการประเมินการให้บริการ Service Desk และผลการให้บริการตาม SLA นำ ผลการประเมิน มาใช้ปรับปรุงคุณภาพ บริการ ที่ดำเนินการของ PDCA อย่าง ต่อเนื่องผู้ใช้ระบบมีความพึงพอใจมาก	
5 Clinical Data Quality Control	-มีการบันทึกข้อมูลประวัติ ผลการตรวจ ร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำการรักษา การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ให้ได้ ระดับคะแนนคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 -มีระบบตรวจสอบคุณภาพความ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล OPD, IPD	-มีการบันทึกข้อมูลประวัติ ผลการตรวจ ร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำการรักษา การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ให้ได้ ระดับคะแนนคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 -เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลลงในรูปแบบ Structured Data in database (Not Scanned Record) เริ่มมีการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบ และ การสร้างคลังข้อมูล	มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเพิ่ม คุณภาพด้าน Quality and Safety of Care, Improve Clinical Outcomes โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่อยู่ในประเด็น ยุทธศาสตร์สำคัญของโรงพยาบาล	

TMI Hospital IT Maturity Model (January 2025)				
System	Level 1	Level 2	Level 3	
6 Software Development Quality Control (If available)	มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์ และออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรม ที่พัฒนาเอง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์ และออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรม ที่พัฒนาเอง ทุกโปรแกรม มีการทำ Software Version Control มีการ Comment source codes เริ่มมี กระบวนการตรวจสอบและทบทวน คุณภาพของโปรแกรม	มี In Requirement Management, Project Management, Software Quality Assurance ในการพัฒนา โปรแกรมหลัก ทุก ๆ โปรแกรม	
7 Capacity & Change Management	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่ม ศักยภาพ ด้าน Hardware, Software, Network, Peopleware มีการกำหนด สรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสำคัญใน ฝ่าย IT	-การดำเนินการพัฒนาศักยภาพตาม แผน เกิดผลสำเร็จในบางด้าน ใช้ข้อมูล ตามสภาพการปฏิบัติงานมาจัดทำแผน เพิ่มศักยภาพ -เริ่มมีระบบ Change Management	มี In การพัฒนาศักยภาพครอบคลุมด้าน ด้านเป็นวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง พยายามก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีระบบ Change Management ที่มี ประสิทธิภาพ	



เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569-2571				
ปีงบประมาณ 2569		ปีงบประมาณ 2570		ปีงบประมาณ 2571
1.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus อย่างน้อย 3 โรงพยาบาล		1.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus อย่างน้อย 13 โรงพยาบาล 2.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus Lev.1 อย่างน้อย 4 โรงพยาบาล		1.ทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus 2.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus Lev.1 อย่างน้อย 13 โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์		1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT Plus ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1.แบบสอบถามประเมินตนเองการพัฒนาศักยภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล (HAIT) 2.หนังสือตอบรับการเข้าประเมินจากสมาคม TMI 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด		
แหล่งข้อมูล		1.แบบประเมินตนเอง 2.สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association		
การประเมินผล		คะแนนประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด / สมาคมเวชสารสนเทศไทย		
ระยะเวลาประเมินผล		ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส		ปีงบประมาณ 2569		
ไตรมาส 1		ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม		ติดตามความก้าวหน้าดำเนินการเพื่อรองรับการประเมิน HAIT Plus โดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับการตรวจประเมิน HAIT plus	โรงพยาบาล ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT และกำหนดวันเข้ารับการตรวจเยี่ยม



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์ประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม HAIT Plus
2 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และยื่นขอรับการประเมิน HAIT Plus
4 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม และยื่นขอรับการประเมิน HAIT Plus มีกำหนดการการตรวจประเมินเป็นลายลักษณ์อักษรจากสมาคม TMI
5 คะแนน	โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมิน HAIT Plus จากคณะกรรมการสมาคมเวชสารสนเทศไทย TMI หรือได้รับการตรวจประเมินแล้ว

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
โรงพยาบาลได้รับการเข้าตรวจประเมินจาก TMI	แห่ง	1	2	-

เอกสารสนับสนุน :	https://tmi.or.th/downloads/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายสุพจน์ สุดสี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3.นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599

Template Ranking ปี 2569

4. เศรษฐกิจดี





ประเด็นนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (4.เศรษฐกิจดี)

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	4. เศรษฐกิจดี		
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy		
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 25	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ตัวชี้วัดที่ (R 46)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน TPs (ค่าเป้าหมาย : Grade A+B ≥80%)		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	5 คะแนน		
คำนิยาม	การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ผ่านเกณฑ์ ≥ 10.5 ประกอบด้วย		
	1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) 10 คะแนน		
	2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน 5 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)		
เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ผ่านเกณฑ์ ≥ 10.5			
วัตถุประสงค์	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)≥ 10.5		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ)		
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาล ศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ผ่านเกณฑ์ ≥ 10.5		



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
การติดตามรายไตรมาส ปีงบประมาณ 2569			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีแผน Planfin แผนเงินบำรุงแผนลงทุนครบทุกหน่วย	ใช้ Planfin แผนเงินบำรุงแผนลงทุนเป็นเครื่องมือในการบริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการเงินกับรายงานทางการเงินระหว่างไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบแผนการเงินของปีกับรายงานการเงินประจำปี
มีคำสั่งและมีการประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
กิจกรรมดำเนินงาน		เกณฑ์การประเมิน /คะแนน Ranking	
1.มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน		สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO รอบ 6 เดือน 5 ครั้ง (1 คะแนน) 4 ครั้ง (0.7 คะแนน) 3 ครั้ง (0.5 คะแนน) <3 ครั้ง (0 คะแนน)	
2.มีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทุกเดือน		สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ รอบ 6 เดือน 5 ครั้ง (1 คะแนน) 4 ครั้ง (0.7 คะแนน) 3 ครั้ง (0.5 คะแนน) <3 ครั้ง (0 คะแนน)	
3.รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว		รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน	
4.ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว		ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน	
5.รายงานแผน-ผล เงินบำรุง ทุกเดือน		5 ครั้ง (1 คะแนน) 4 ครั้ง (0.7 คะแนน) 3 ครั้ง (0.5 คะแนน) <3 ครั้ง (0 คะแนน)	
6.รายงานทะเบียนคุมลูกหนี้ รายตัว รายสิทธิ		รายงานทุกเดือน = 2 คะแนน รายงานลูกหนี้คงเหลือตรงกับงบการเงิน = 2 คะแนน	
7.Cash Ratio (CR)		CR ≥ 1 = 1 คะแนน, CR 0.8-0.99 = 0.5 คะแนน, CR <0.8 = 0 คะแนน	
คะแนนเต็ม 10 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางศ์ เป็น 5 คะแนน			
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตาม รายการประเมิน และตามหลักฐานความเป็นจริง		
เอกสารสนับสนุน :	ผลการประเมิน TPS จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และงบการเงิน จากงานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
TPS ผ่านเกณฑ์ ≥ 10.5	ร้อยละ เกรด A และ B	61.54	65.38	73.08
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวประภัสสร คັນสนะพิทยากร หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-5644487 โทรศัพท์มือถือ : 098-7991651 2. นายยศชน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810 3.นางลักษณะวดี สุพรหม หัวหน้างานการเงินและบัญชี โทรศัพท์มือถือ : 081-8728400			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางภานุณา มະโนมัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-5644487 โทรศัพท์มือถือ : 064-0815656			

นโยบาย นพ.สจ.อบ.	4. เศรษฐกิจดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan
โครงการที่ 9	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ (R 47)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	4 คะแนน
คำนิยาม	บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป



และโรงพยาบาลศูนย์

รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
(สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

13 ศูนย์บริการสาธารณสุข

18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบยา

ตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา

การแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
- การบำบัดหม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ

ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

1.2 รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรคสตรี: U50 ถึง U52



2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55
3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ U56 ถึง U60
4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72
5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75
6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77

1.3 รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)

- 1100 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1101 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน
- 11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน
- 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วย
มณีเวชที่บ้าน
- 11071 การให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและการบริหารท่าทาง
ด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่บ้าน
- 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
- 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

1.4 รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)

- 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
- 11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุล
โครงสร้างร่างกายนวดกษัยปัจเวช เป็นต้น
- 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด



11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)
 11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)
 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)
 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)
 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอท (Ketogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-carb Diet)
 11112 การให้บริการแม็คโครไบโอติก (Macrobiotics)
 11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น
 11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)
 11181 การให้บริการพลังบำบัดเช่นพลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเรเรกิ เป็นต้น
 11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)
 11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี)

2.1 รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

กลุ่มอาการที่ 1 อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด

U5720_U5721_U5730_U5734_U5702

กลุ่มอาการที่ 2 อาการโรคหัวใจหลอดเลือด U7100_M750

กลุ่มอาการที่ 3 อาการโรคนี้้ลือก U5725

กลุ่มอาการที่ 4 อาการภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (ปวดสลักเพชร) U5732

กลุ่มอาการที่ 5 อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท U5731_M511_R202

กลุ่มอาการที่ 6 อาการอัมพฤกษ์อัมพาต

U610_U6110_U6111_U6112_U6113_U6114_U6115

กลุ่มอาการที่ 7 กลุ่มอาการปวดเข่า U5750_U5753_U5762

3. การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)

หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach)



อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในรพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69

คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย

อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทาง การแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคมาวาตา และลมอุทังค มาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย รหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่

1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ
 - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
 - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
 - การฝังเข็ม

3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาว์ล้วยเปรี๊ยะ และยาสหสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3.1 แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60



- เลือดออกในสมองใหญ่: I61
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63
- โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าจะเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมองไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I65
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะ ขาดเลือด: I66
- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69

3.2 แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

- อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์ : U61.0
- อัมพาตครึ่งซีก : U61.10
- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11
- อัมพาตทั้งตัว: U61.12
- อัมพาตเฉพาะแขน: U61.13
- อัมพาตเฉพาะขา: U61.14
- อัมพาตหน้า: U61.15
- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18
- อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19

ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3.3 แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111



	- โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 ควบคู่กับการให้หลักการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1) 9991801 Electro-acupuncture therapy 2) 9991810 Single-handed needle insertion 3) 09021801 Subcutaneous electro-needling 4) 9991811 Double-handed needle insertion 5) 9031801 Muscle electro-needling						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค 2. การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน) 3. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการการรักษาอาการเฉพาะกลุ่มที่พบได้บ่อย 7 กลุ่มอาการ 4. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ						



	2. ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการให้บริการบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ Health Data Center (HCD SERVICE) 3. กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	● 43 แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE) ● 43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวน (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900- 79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z A2 = จำนวน (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 7 กลุ่มอาการโรค <u>กลุ่มอาการที่ 1</u> อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด U5720_U5721_ U5730_ U5734_ U5702 <u>กลุ่มอาการที่ 2</u> อาการโรคหัวใจหลอดเลือด U7100_M750 <u>กลุ่มอาการที่ 3</u> อาการโรคนิ้วล็อก U5725



	<u>กลุ่มอาการที่ 4</u> อาการภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (ปวดสั๊กเพชร) U5732 <u>กลุ่มอาการที่ 5</u> อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท U5731_M511_R202 <u>กลุ่มอาการที่ 6</u> อาการอัมพฤกษ์อัมพาต U610_U6110_U6111_U6112_U6113_U6114_U6115 <u>กลุ่มอาการที่ 7</u> กลุ่มอาการปวดเข่า U5750_U5753_U5762 A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง 176 หรือแพทย์แผนจีนที่มี รหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit) B2 = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุข B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ $= (A1/B1) \times 100$ 2. ผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียด $= (A2/B2) \times 100$ 3. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) $= (A3/B3) \times 100$



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	รพ.สต. มีเหตุการณ์ที่เพิ่มขึ้นในการให้บริการอย่างน้อย 1 อย่าง เช่น พอกเข้า ตอกเส้น
1 คะแนน	1. จัดทำยาสมุนไพรตามบัญชีหลักแห่งชาติให้ครบ อย่างน้อย 32 รายการ 2. จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา (ไม่ติด C)
1 คะแนน	1. มีแผนงานและการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ ชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ 2. มีระบบบันทึกข้อมูลและระบบรายงานความก้าวหน้าการให้บริการ
1 คะแนน	มีระบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการในหน่วยบริการ
1 คะแนน	ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 55
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

2. ร้อยละของผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการที่เป็นปัจจุบัน
1 คะแนน	1. จัดทำแผนการดำเนินงานในการให้บริการใน 7 กลุ่ม อาการโรคและดำเนินงานตามแผน 2. มีระบบติดตามการรักษาต่อเนื่องและชัดเจน
1 คะแนน	1. ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเชิงรุกในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการ 2. มีระบบบันทึกข้อมูลและระบบรายงานความก้าวหน้าการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน
1 คะแนน	ผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10
1 คะแนน	ผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 15
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	1. จัดทำข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่เป็นปัจจุบัน 2. จัดทำ CPG แนวทางการส่งต่อและรับต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



1 คะแนน	1. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (Case Management) 2. สำรวจผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน 3. จัดทำ Care Plan รายบุคคล และเป็นปัจจุบัน
1 คะแนน	1. มีการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย (Home Health Care) ร่วมกับสหวิชาชีพ 2. มีระบบรายงานความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล
1 คะแนน	1. มีระบบการรายงานผลการรักษาและคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในภาพภาคเครือข่าย เช่น ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน 2. มีแผนการทำงานร่วมกับ อสม. และ Care Giver ช่วยติดตามและดูแล
1 คะแนน	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
ประเมินทุกข้อ จำนวน 3 หัวข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 15 คะแนน) ปรับคะแนนเป็น 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางศ์	
เอกสารสนับสนุน :	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1.1 คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 1.2 คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1.3 แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1.4 หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 2. ผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2.1 คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2.2 คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2.3 แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยการนวดยืดเหยียดเฉพาะทาง 7 กลุ่มอาการโรค 3. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น 3.1 คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 3.2 คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3.3 คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3.4 แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
1. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	37.53	44.79	50.58
2. ร้อยละผู้ป่วย 7 กลุ่มอาการโรค ได้รับการรักษาด้วยการนวดยืดเหยียดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	-	-	-
3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	7.71	15.83	10.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด 1.นางปริตา วรากรโอฬาร โทร. 099-2688599 2. นางณัฐหทัย สิงห์คง โทร. 083-7240605 3. นายวิวัฒน์ ถินถาวร โทร. 084-6069938 4. นางสาวสุภาวดี อัครกะเพชร โทร. 084-4791368	ตำแหน่ง นักวิชาการชำนาญการ อีเมลล์ : mai.j4959@gmail.com ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ อีเมลล์ : nathathai.thongin@gmail.com ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ อีเมลล์ : got.jila2522@gmail.com ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ อีเมลล์ : thaimed77@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางปริตา วรากรโอฬาร โทร. 099-2688599 2. นางณัฐหทัย สิงห์คง โทร. 083-7240605 3. นายวิวัฒน์ ถินถาวร โทร. 084-6069938 4. นางสาวสุภาวดี อัครกะเพชร โทร. 084-4791368			



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	4. เศรษฐกิจดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4 +1	Health-Related Economy Excellence Strategy
แผนงานที่ 12	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และการแพทย์แผนไทย
โครงการที่ 27	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 48)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับอนุญาต และสามารถแข่งขันได้ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน : ส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ได้รับอนุญาต เป็นการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเศรษฐกิจฐานราก โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงานตาม พ.ร.บ.โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับ และมาตรฐานต่างๆ ด้านสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้เข้าสู่มาตรฐาน ตลอดจนได้รับการอนุญาต และให้สามารถแข่งขันได้ สถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง สถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย โดยได้รับการอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ หมายถึง การส่งเสริมสถานประกอบการ / ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ให้เข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน หรือรางวัลอื่นๆ เช่น 1) ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน เข้าสู่การคัดสรรผลิตภัณฑ์ชุมชน (OTOP) ของสำนักงานพัฒนาชุมชน



	2) ส่งเสริมสถานประกอบการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ตามเกณฑ์รางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3) ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนสู่มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) ของสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมายปี 2569 1. มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุดิบสมุนไพรที่ใช้ในบ้านเรือน ผลิตภัณฑ์สมุนไพร) ที่ยังไม่ได้รับอนุญาต (ยกเว้น น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแข็ง) ให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 2. มีการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการ /ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ให้สามารถแข่งขันได้ อย่างน้อยอำเภอละ 1 กิจกรรม	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้สถานประกอบการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย 2. เพื่อส่งเสริมให้สถานประกอบการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน สามารถแข่งขันได้ เพื่อช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุดิบสมุนไพรที่ใช้ในบ้านเรือนของผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานราก ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสถานประกอบการเศรษฐกิจฐานราก ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับอนุญาต และสามารถแข่งขันได้

ข้อ 1 มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง

ข้อ 2 มีการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการ / ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ให้สามารถแข่งขันได้ อย่างน้อยอำเภอละ 1 กิจกรรม



เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 (ประเมินระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2568 – 15 กพ. 2569)

ขั้นตอน	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม รอบที่ 1/2569
ขั้นตอนที่ 1	มีฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ โดยมีการจัดทำข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ สำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานประมงอำเภอ ฯลฯ
ขั้นตอนที่ 2	มีการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ สำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานประมงอำเภอ ฯลฯ 1) สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต จำนวน 1 แห่ง 2) สถานที่ผลิต / ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 3	มีแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ สำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานประมงอำเภอ ฯลฯ 1) แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต จำนวน 1 แห่ง 2) แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 4	มีการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 1 แผนงาน 1) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต หรือ 2) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 5	มีการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 2 แผนงาน 1) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต และ 2) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน /กิจกรรม รอบที่ 1/2569
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 + 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอน 1 + 2 + 3 + 4 + 5



เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 (ประเมินระหว่างวันที่ 1 เม.ย. 2569 – 15 ส.ค. 2569)	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม รอบที่ 2/2569
1 คะแนน	มีผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 1 แผนงาน แต่ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 1) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต หรือ 2) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
2 คะแนน	มีผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 2 แผนงาน แต่ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 1) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต และ 2) ตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
3 คะแนน	มีผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 2 แผนงาน แต่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 1 แผน คือ แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
4 คะแนน	มีผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 2 แผนงาน แต่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 1 แผน คือ แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต
5 คะแนน	มีผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 2 แผนงาน และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด จำนวนทั้ง 2 แผน 1) แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาต 2) แผนบูรณาการในการส่งเสริมพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่จะส่งเสริมให้สามารถแข่งขันได้ จำนวน 1 กิจกรรม
วิธีการประเมินผล :	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ : ununthikorn216@gmail.com



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางณัฐธินิชา แสันทวีสุข เบอร์โทร : 089-624-9751 อีเมลล์ : nattanicha.ana@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	4. เศรษฐกิจดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4 +1	Health-Related Economy Excellence Strategy
แผนงานที่ 12	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ 26	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ตัวชี้วัดที่ (R 49)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์ประสานงานสาธารณสุขผู้ป่วยต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติ (ศบต.) ระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ด้วยปัจจุบัน ประเทศไทยได้ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ในสังคมภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งได้มีการดำเนินการจัดระบบบริการสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน และมีเป้าหมายการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งประกอบด้วย 10 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา บรูไนดารุสซาลาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย ฟิลิปปินส์ ลาว สิงคโปร์ เวียดนาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข ส่งเสริมสันติภาพและความมั่นคง ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลาง บริการสุขภาพ ASEAN โดยมุ่งเน้นให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข “พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านวิชาการ บริการ และพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล” ถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ และ ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ จึงได้ดำเนินการตามนโยบาย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้สนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลาง บริการสุขภาพ ASEAN โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริหารจัดการ ด้านวิชาการ บริการ และพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ และ ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ



บทบาทหน้าที่

1. บริการตรวจรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติ
2. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศไทย
3. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพของชาวลาว เขมร เวียดนาม มีล่ามแปลภาษาต่างชาติ พร้อมให้บริการ
4. บริการตรวจสุขภาพเพื่อขอวีซ่าไปต่างประเทศ
5. บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั่วประเทศไทยและต่างประเทศ
6. บริการรับส่งจากสนามบิน ไปยังสถานบริการสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569

1. เกณฑ์การประเมิน ศสท. (ศูนย์ประสานงานสาธารณสุขชาวต่างชาติ) แบ่งเป็น 3 หมวด ประกอบด้วย

(1) หมวดโครงสร้าง Structure (2) หมวดระบบบริการ Service (3) หมวดระบบบริหารจัดการ System

หมวด	เกณฑ์ประเมิน ศสท. (สสจ./สสอ.)
Structure (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีผู้รับผิดชอบ 2. มีการจัดตั้งศูนย์ชัดเจน 3. มีล่ามแปลภาษา หรือบุคลากรมีความรู้ความสามารถด้านภาษานั้น ๆ ให้บริการ 4. มีการบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากร กำหนดโครงสร้างที่อยู่ในองค์กรที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร
Service (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีบริการข้อมูลข่าวสารการเข้ารับบริการสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ 2. มีช่องทางประชาสัมพันธ์ website หรือ Call center 3. ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการทำงาน เช่น App แปลภาษา ระบบบริการข้อมูลอัจฉริยะ 4. ให้บริการประสานงานและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย 5. มีการประสานงาน รพ. เพื่อดำเนินการติดต่อสถานทูต/ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว
System (ข้อละ 1 คะแนน)	1. จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนายุทธศาสตร์ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติของ สสอ. หรือจัดทำแผนพัฒนากับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2. มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติในระดับอำเภอ 3. มีระบบรวบรวมข้อมูลชาวต่างชาติ (data center) เพื่อรายงานจังหวัดและกระทรวงต่อไป 4. มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ 5. มีการรวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาประกอบการพัฒนาระบบบริการ



การแปรผล	ระดับ 1 มาตรฐาน	ระดับ 2 ระดับดี	ระดับ 3 ระดับต้นแบบ
Structure (เต็ม 4 คะแนน)	1 คะแนน	2 คะแนน	3-4 คะแนน
Service (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน
System (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน

2.เกณฑ์การประเมิน ศบต. (ศูนย์บริการสาธารณสุขชาวต่างชาติ) แบ่งเป็น 3 หมวด ประกอบด้วย

(1) หมวดโครงสร้าง Structure (2) หมวดระบบบริการ Service (3) หมวดระบบบริหารจัดการ System

หมวด	เกณฑ์ประเมิน ศบต. (สถานบริการ รพ./รพท./รพช.)
Structure (ข้อละ 1 คะแนน)	1.มีผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือ นว.สาธารณสุข หรือ জনอื่นๆ อย่างน้อย 2 คน 2.มีสถานที่จัดตั้งศูนย์บริการชัดเจน เป็นสัดส่วน ในโรงพยาบาล 3.สถานที่มีความเหมาะสม สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการบริการสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลนั้นๆ 4.สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ 5.มีล่ามแปลภาษา หรือบุคลากรมีความรู้ความสามารถ เฉพาะภาษา เพื่อให้คำปรึกษาหรือบริการชาวต่างชาติ 6.มีการบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากร กำหนดโครงสร้างที่อยู่ในองค์กรที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร
Service (ข้อละ 1 คะแนน)	1.มีบริการข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ 2.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของชาวต่างชาติ 3.มีช่องทางการประชาสัมพันธ์ หรือ Website หรือมีศูนย์ call center ถึงการบริการสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายทราบชัดเจน 4.ใช้เทคโนโลยีช่วยในการบริการสุขภาพ เช่น App แปลภาษา ระบบบริการอัจฉริยะ ป้ายบอกทางอัจฉริยะ เป็นต้น 5.มีระบบบริการส่งต่อทางการแพทย์ระหว่างประเทศชัดเจน มี Flow chart การบริการ 6.ให้บริการประสานงานและดำเนินงาน Claim ประกันไทยและนานาชาติ 7.ให้บริการประสานงานติดต่อญาติในต่างประเทศ สถานทูต กงสุล และศูนย์ช่วยเหลือชาวต่างชาติ หรือนักท่องเที่ยว เป็นต้น 8.บริการด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่นใบรับรองแพทย์ภาษาอังกฤษ เป็นต้น 9.มีเวลาให้บริการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีการบริการนอกเวลาราชการ ต้องจัดทำให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงาน การบริการที่ชัดเจน



System (ข้อละ 1 คะแนน)	1.จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติของ รพ. และจัดทำ แผนพัฒนาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2.มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติในหน่วยงาน 3.มีระบบรวบรวมข้อมูลชาวต่างชาติ (Data center) เพื่อรายงาน ศูนย์ประสานงานสุขภาพ ชาวต่างชาติ (ศสท.) 4.มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็นของ ผู้รับบริการ 5.มีการรวบรวม วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาประกอบการพัฒนาระบบบริการ		
การแปรผล	ระดับ 1 มาตรฐาน	ระดับ 2 ระดับดี	ระดับ 3 ระดับต้นแบบ
Structure (เต็ม 6 คะแนน)	1-2 คะแนน	3-4 คะแนน	5-6 คะแนน
Service (เต็ม 9 คะแนน)	1-3 คะแนน	4-6 คะแนน	7-9 คะแนน
System (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศูนย์ ศสท. /ศบต. ของสถานบริการจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี ได้ผ่านตามมาตรฐาน ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สถานบริการผ่านมาตรฐาน ศบต. (โรงพยาบาล 26 แห่ง) 2.สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี ผ่านมาตรฐาน ศสท. (สนง.สสอ. 25 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินตนเอง และ ทีมผู้ประเมินระดับจังหวัดประเมินรับรอง		
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
2 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ศูนย์ (แต่มีการดำเนินงานอยู่)
2.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับมาตรฐาน</u> 1 ศูนย์
3 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับมาตรฐาน</u> ทั้ง 2 ศูนย์
3.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> 1 ศูนย์
4 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u> ทั้ง 2 ศูนย์
4.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับต้นแบบ</u> 1 ศูนย์
5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ ศบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ <u>ระดับต้นแบบ</u> ทั้ง 2 ศูนย์
หมายเหตุ ศบต. แต่ละอำเภอ (โรงพยาบาล) ต้องผ่านประเมินพื้นฐานแต่ละด้านดังนี้ 1.ด้าน Structure ต้องมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อย่างน้อย 2 คน/ศูนย์ ศบต. 2.ด้าน Service ต้องมีบริการข้อมูลทั่วไปด้านการเข้ารับบริการสุขภาพชาวต่างชาติ 3.ด้าน System ต้องมีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบสุขภาพชาวต่างชาติของโรงพยาบาล และจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรด้านสุขภาพภาคเอกชน, ด่าน ตม. หรืออื่นๆ	
วิธีการประเมินผล :	เทียบกับเกณฑ์การประเมิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางอุษณีย์ เกิดมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 111 โทรศัพท์มือถือ : 081-878-2883 2.นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานสาธารณสุขชายแดน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-321-7892
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานสาธารณสุขชายแดน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-321-7892

Template Ranking ปี 2569

5.คนดี





นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (5. คนดี)

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 21	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ (R 50)	ระดับความสำเร็จ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA และ มีกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียน อย่างมีประสิทธิภาพ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วน ภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไป ภายใต้งานคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการ พื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้ จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วย การเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่ คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยง ไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล ในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล ประกอบด้วย ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ



	(7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 5 ข้อ (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (รวม 22 ข้อ) การจัดการเรื่องร้องเรียน หมายถึง กระบวนการใกล้เคียง และตอบสนองการดำเนินงานจากเรื่องร้องเรียน ที่ประชาชน ยื่นเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรสังกัดใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดเรื่องร้องเรียน		
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่าน อย่างน้อย 94%		
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	>94 %	>94 %	>94 %
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบายระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ 4. หน่วยงานมีการจัดการข้อร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัด สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง 4. โรงพยาบาลชุมชน สังกัด สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : 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) -ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) 2. การจัดการข้อร้องเรียน = การสรุปการยื่นข้อร้องเรียนจาก กลุ่มกฎหมาย สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายเดือน			
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล สาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 94 (ใน 1 ปี)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (52 หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$			
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนหน่วยงานที่มีกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ (แห่ง)			
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (52 หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณ	$C/D \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบ ได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ประเมินรอบที่ 1 วันที่ 15 กพ.2569 3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี) ประเมินรอบที่ 2 วันที่ 15 สค. 2569			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569			
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
5 ระดับขั้นความสำเร็จ (ต้องผ่าน MOIT1-5)	ค่าเป้าหมายร้อยละ 60 (ผ่าน MOIT 12 ข้อขึ้นไป)	ค่าเป้าหมายร้อยละ 80	ค่าเป้าหมายร้อยละ 94 (ผ่าน MOIT 20 ข้อขึ้นไป)	



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
1 คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	(MOITผ่านครบ 1-5 ข้อ)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 55	(MOITผ่าน 10 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60	(MOITผ่าน 12 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต (ไม่มีเรื่องร้องเรียน)	
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต +ไม่มี จนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต (ไม่มีเรื่องร้องเรียน)	

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
1 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 84	(MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 85	(MOITผ่าน 15 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 89	(MOITผ่าน 17 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 94 และไม่มีจนท.ถูกชี้มูล+ไม่มีจนท.ถูกลงโทษ(MOITผ่าน 20ข้อขึ้นไป)	
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 4 และ ไม่มีจนท.ถูกชี้มูลทุจริต+ไม่มีจนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต (MOITผ่าน20ข้อขึ้นไป)	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายประเทือง คำภานันต์ นิติกรชำนาญการพิเศษ, หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายพิทักษ์ มูลประดับ นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ติดต่อ 091-831-2263



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 21	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ (R 51)	ระดับความสำเร็จหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดการ ระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างกระบวนการการเบิกจ่ายเงินให้มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีการประเมิน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ระดับความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้ 1.หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ 2.หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 3.ผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควบคุม กำกับติดตาม ให้หน่วยบริการประเมินในภายในเวลาที่กำหนด (1 ธ.ค.68-31 มี.ค.69) 4.ผู้ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง/เขต ตรวจสอบผลการประเมินในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบ (15 ก.ค.69 เป็นต้นไป) 5.หน่วยบริการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กรและส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ



	การประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุ ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ระดับความสำเร็จการประเมินผลระบบควบคุมภายใน หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้ 1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน 3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม 2568) 4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมากจัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม 2568) 5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน			
	เกณฑ์เป้าหมาย			
		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
		มากกว่าร้อยละ 97	มากกว่าร้อยละ 98	ร้อยละ 100
	วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม กำกับงานด้านระบบกระบวนการภายในให้เกิดความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้		
	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามเกณฑ์			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการตรวจสอบ			
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			



การติดตามรายไตรมาส ปี 2569

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA)			
1.แผนพัฒนาองค์กร ปี 2568 2.คำสั่ง คณะกรรมการ/ คณะทำงานระบบ ตรวจสอบภายในด้วย อิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (EIA)	หน่วยงานแนบไฟล์ เอกสารตามเกณฑ์การ ประเมินที่กำหนดผ่าน ระบบตรวจสอบภายใน ด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ	หน่วยงานตรวจสอบผลการ ประเมินในแต่ละมิติและ หน่วยงานที่ผลการประเมิน แต่ละมิติ ต่ำกว่าร้อยละ 90 จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและ แนบแผนพัฒนาองค์กรผ่าน ระบบตรวจสอบภายในด้วย อิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (EIA)	หน่วยงานที่ผลการประเมิน แต่ ละมิติ ต่ำกว่าร้อยละ 90 ดำเนินการตามแผนพัฒนา องค์กรและจัดวางระบบควบคุม ภายใน
2.การประเมินผลระบบควบคุมภายใน			
1.การจัดส่งรายงาน แก้ไขข้อบกพร่อง การตรวจสอบภายใน ปี 2568 2.คำสั่ง คณะกรรมการจัดวาง ระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการ ติดตามและ ประเมินผล	1.หน่วยงานจัดกิจกรรม ควบคุมภายใน 2.คณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน ปฏิบัติการตรวจสอบ ภายในหน่วยรับตรวจ ตามแผนการตรวจสอบ ภายใน	หน่วยรับตรวจมีการจัดทำ รายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ผลการตรวจสอบภายใน ภายใน 45 วัน	หน่วยงานจัดวางระบบควบคุม ภายในตามหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ปฏิบัติการควบคุมภายใน สำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2569 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ
ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ
2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ
ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ
3. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 2 มิติ
4. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 4 มิติ



5. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 5 มิติ

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน ส่วนของ (โรงพยาบาล)
1 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2
3 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ทำได้ทุกข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2569 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน
3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม 2568)
4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมาก จัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม 2568)
5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน ส่วนของ (สนง.สาธารณสุขอำเภอ)
1 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2
3 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ทำได้ทุกข้อ

วิธีการประเมินผล :	1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2. มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน 3. มีการตรวจสอบภายใน 4. มีรายงานข้อบกพร่องผลการตรวจสอบภายใน 5. แผนพัฒนาองค์กร/กิจกรรมควบคุมภายใน/แผนบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงาน
เอกสารสนับสนุน :	- ผลการประเมินการตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) ประจำปีงบประมาณ 2566 , 2567 และ 2568 - รายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ป.ค.4)



		-รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.5)			
		-รายงานผลการติดตามรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2566	2567	2568
	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	77.79	71.22	94.98
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายปัญญาวุธ ไพเราะ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 089-9459548 E-mail : Panyawutpairor@gmail.com 2) นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 082-159-1889 E-mail : Adisak.ubon2514@gmail.com 3) นางสาวโสภิญ์สุตา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com 4) นางสาวธัญชนก ชาทองยศ นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 085-498-1310 E-mail : Thanchanok_cha39@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 082-1591889 E-mail : Adisak.ubon2514@gmail.com 2. นางสาวโสภิญ์สุตา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com 3. นางสาวธัญชนก ชาทองยศ นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 085-498-1310 E-mail : Thanchanok_cha39@hotmail.com				



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 52)	ระดับความสำเร็จหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การประเมินการบริหารสินทรัพย์ และการขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ ที่มีประสิทธิภาพ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2.5 คะแนน
คำนิยาม	การขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ คือการบันทึกรายละเอียดของสินทรัพย์ทั้งหมดที่องค์กรเป็นเจ้าของไว้ในระบบ เพื่อใช้ในการจัดการ, ตรวจสอบ, บันทึกค่าเสื่อมราคา และติดตามการเปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างการควบคุมและการบริหารจัดการสินทรัพย์ให้มีประสิทธิภาพ การบันทึกข้อมูลจะครอบคลุมรายละเอียดสำคัญของสินทรัพย์แต่ละรายการ เช่น ชื่อ, ประเภท, วันที่ซื้อ, มูลค่า, และสถานที่ วัตถุประสงค์ของการขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ เพื่อ 1.ควบคุมและบริหารจัดการ: เป็นระบบศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลสินทรัพย์ทั้งหมดขององค์กร เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ 2.บันทึกค่าเสื่อมราคา: ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์เพื่อบันทึกในบัญชี 3.การตรวจสอบและติดตาม: ช่วยให้สามารถตรวจสอบและติดตามการใช้งานหรือสถานะของสินทรัพย์ได้อย่างสม่ำเสมอ 4.การปรับปรุงและโอนย้าย: เป็นข้อมูลอ้างอิงในการปรับปรุงรายการสินทรัพย์หรือเมื่อมีการโอนย้ายสินทรัพย์ไปยังหน่วยงานอื่น 5.การจำหน่ายสินทรัพย์: ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเมื่อมีการจำหน่ายสินทรัพย์ออกจากระบบ ข้อมูลที่ต้องบันทึกในทะเบียนสินทรัพย์ - รายละเอียดของสินทรัพย์: เช่น ชื่อ, คุณสมบัติ, ประเภท, รุ่น - ข้อมูลการได้มา: แหล่งที่มาของเงิน, รหัสงบประมาณ, รหัสกิจกรรมหลัก, วันที่ซื้อ - ข้อมูลเฉพาะ: หมายเลขประจำตัวเครื่อง (Serial Number), หมายเลขทะเบียนสินทรัพย์ - ข้อมูลการใช้งาน: อายุการใช้งาน, ชื่อผู้ใช้งาน (ถ้ามี), ศูนย์ต้นทุนที่รับผิดชอบ - เอกสารประกอบ: เอกสารการสั่งซื้อ, ใบรับสินค้า, ใบส่งจ้าง



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนสินทรัพย์ 1. รวบรวมข้อมูล: รวบรวมเอกสารและข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสินทรัพย์ที่ได้มา 2. บันทึกข้อมูล: ป้อนข้อมูลสินทรัพย์ลงในระบบทะเบียนสินทรัพย์ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน 3. สร้างระบบติดตาม: กำหนดขั้นตอนการติดตามและปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเข้าซื้อกิจการใหม่ การจำหน่าย หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะ 4. บำรุงรักษาทะเบียน: ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลเป็นประจำเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลในทะเบียนมีความถูกต้องอยู่เสมอ -หน่วยงานจะต้องบันทึกข้อมูลสินทรัพย์และข้อมูลทางการเงินและบัญชีในระบบ GFMIS ให้ครบถ้วนก่อนสิ้นเดือน เพื่อให้สามารถคำนวณค่าเสื่อมราคาได้. -เฉพาะสินทรัพย์ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไปเท่านั้นที่ต้องบันทึกในระบบ GFMIS. สำหรับจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา) (และ 5,000 บาทขึ้นไป สำหรับจัดซื้อจัดจ้าง ก่อน 1 ตุลาคม 2562)											
เกณฑ์เป้าหมาย <table><tr><td></td><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td><td></td></tr><tr><td></td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td></td></tr></table>			ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571			ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571								
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5								
วัตถุประสงค์	เพื่อ 1.ควบคุมและบริหารจัดการ: เป็นระบบศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลสินทรัพย์ทั้งหมดขององค์กร เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ 2.บันทึกค่าเสื่อมราคา: ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์เพื่อบันทึกในบัญชี 3.การตรวจนับและติดตาม: ช่วยให้สามารถตรวจนับและติดตามการใช้งานหรือสถานะของสินทรัพย์ได้อย่างสม่ำเสมอ 4.การปรับปรุงและโอนย้าย: เป็นข้อมูลอ้างอิงในการปรับปรุงรายการสินทรัพย์หรือเมื่อมีการโอนย้ายสินทรัพย์ไปยังหน่วยงานอื่น 5.การจำหน่ายสินทรัพย์: ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเมื่อมีการจำหน่ายสินทรัพย์ออกจากระบบ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบตาม Check list ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนด										
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										



ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุกเดือน
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1	มีรายงานสินทรัพย์ประจำปีถูกต้องตรงกันกับรายงานงบทดลอง (50 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 2	ทะเบียนสินทรัพย์บันทึกถูกต้องตามประเภท (15 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 3	ทะเบียนสินทรัพย์บันทึกถูกต้องตามงบทดลองประจำปีเดือน (ทุกไตรมาส) -ไตรมาสที่ 1(5 คะแนน) -ไตรมาสที่ 2(5 คะแนน) -ไตรมาสที่ 3 (5 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 4	การขึ้นทะเบียนสินทรัพย์
ขั้นตอนที่ 4.1	มีแบบสำรวจที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง(10 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 4.2	ดำเนินการขอขึ้นทะเบียนทุกรายการ (ตามระเบียบ) (มีหลักฐานการขอขึ้นทะเบียน/ขอใช้)(10 คะแนน)
รวม 100 คะแนน	
การประเมิน Ranking ประเมินทั้ง 2 รอบ	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน
0 คะแนน	น้อยกว่า 50 คะแนน
1 คะแนน	50 -59 คะแนน
2 คะแนน	60 -69 คะแนน
3 คะแนน	70 -75 คะแนน
4 คะแนน	76 -79 คะแนน
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจาก check list ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป คะแนนเต็ม 100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน Ranking ตามรายละเอียด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปัญญาธ ไพเราะ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ : 089-945-9548 2.นางลักษณะวดี สุพรหม หัวหน้างานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 081-872-8400



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางลักษณะวะดี สุพรหม หัวหน้างานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 081-872-8400

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 53)	ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีกระบวนการ พัฒนา PMQA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ <u>หมวด</u> 1 การนำองค์กร <u>หมวด</u> 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ <u>หมวด</u> 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย <u>หมวด</u> 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ <u>หมวด</u> 5 บุคลากร <u>หมวด</u> 6 การปฏิบัติการ <u>หมวด</u> 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ



	โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการ ดังนี้		
	1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี		
	2) การประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement : OFI)		
	3) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด		
	4) รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เว็บไซต์ https://pmqa.moph.go.th ภายในระยะเวลาที่กำหนด		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	ความสำเร็จระดับ 5 หน่วยงานได้รับรางวัลเลิศรัฐ	ความสำเร็จระดับ 5 หน่วยงานได้รับรางวัลเลิศรัฐ	ความสำเร็จระดับ 5 หน่วยงานได้รับรางวัลเลิศรัฐ
วัตถุประสงค์	1.เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546		
	2.เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตาม ประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผ่านระบบฐานข้อมูลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ https://pmqa.moph.go.th		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการดำเนินงาน PMQA		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด จำนวน 25 อำเภอ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	- มีคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีผู้รับผิดชอบ และมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน
2 คะแนน	1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) 2) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) 3) กำหนดตัวชี้วัด หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัดรวม 36 ตัวชี้วัด ข้อ 1 – 3 จัดส่งภายในวันที่ 6 มกราคม 2569
3 คะแนน	รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 3 เมษายน 2569
4 คะแนน	รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 3 กรกฎาคม 2569
5 คะแนน	รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 25 กันยายน 2569

เอกสารสนับสนุน :

- 1) พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546
- 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562
- 3) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์ <https://pmqa.moph.go.th>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2566	2567	2568
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการดำเนินงาน PMQA	ร้อยละ	100	100	100



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายยศธร ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์. 08 9722 8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com 2. นายวิษณุ สุกศร ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 08 1547 8735 E-mail : sm12pop@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายวิษณุ สุกศร ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 08 1547 8735 E-mail : sm12pop@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 54)	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการของ คปสอ. ปีงบประมาณ 2569 (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผนงาน/โครงการ หมายถึง เครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล



7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย และ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นลูกข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) มีคณะกรรมการการทำงานร่วมกันคือ คณะกรรมการ คปสอ. ระดับอำเภอ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน มีการทำแผนงานร่วมกันเป็น Single plan				
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานในพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการ ที่ขอรับการอนุมัติ และดำเนินการตามโครงการ			
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2569			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
เสนออนุมัติแผนปฏิบัติการ ครบทั้ง 25 อำเภอ (ธันวาคม 2568)	เสนอโครงการในแผนปฏิบัติการ ครบ 100% ในทุกอำเภอ ภายใน (31 มกราคม 2569)	กำกับติดตามโครงการตาม ห้วงเวลาที่กำหนด	กำกับติดตามโครงการตามห้วงเวลาที่กำหนด	



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงานรอบปีที่ผ่านมา 3.มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
ขั้นที่ 2	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
ขั้นที่ 3	1.มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2.มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ขั้นที่ 4	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด และแผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา (น้อยกว่า ร้อยละ 80)
ขั้นที่ 5	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงาน <u>ตามห้วงเวลา</u> ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 –84.99= 0.25 คะแนน ร้อยละ 85–89.99 = 0.50 คะแนน ร้อยละ 90 –94.99 = 0.75 คะแนน มากกว่าร้อยละ 95 = 1 คะแนน <u>หมายเหตุ</u> ประเมินแผนปฏิบัติการไม่รวมโครงการที่ใช้บกองทุนสุขภาพตำบล

การประเมินแบบ Milestone

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

วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ การส่งโครงการเพื่อขออนุมัติ เลขานุการโซนทั้ง 4 โซนตรวจสอบการเสนอแผนงานโครงการ ตามห้วงเวลาที่กำหนด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอุษณีย์ เกิดมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางอุษณีย์ เกติมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบเลขานุการโซนทั้ง 4 โซน ตรวจสอบการอนุมัติโครงการ / ดำเนินการโครงการเป็นไปตามห้วงเวลาที่กำหนด

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี						
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy						
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
โครงการที่ 22	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ						
ตัวชี้วัดที่ (R 55)	ระดับความสำเร็จการบริหารงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569 (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)						
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน						
คำนิยาม	งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2569 เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ประเมิน การลงนามในสัญญา ตามรายการในแผน เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ประเมินผลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ						



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช. และการเบิกจ่ายจริง (หลักฐานทางการเงิน)
แหล่งข้อมูล	website สป.สช.
รายการข้อมูล 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.
รายการข้อมูล 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ได้รับการจัดสรร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

รอบที่ 1 (ประเมินการทำสัญญาการจัดซื้อจัดจ้าง) ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา < ร้อยละ 84
2 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 85-89
3 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 90-94
4 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 95-99
5 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 100

รอบที่ 2 (ประเมิน ผลลัพธ์มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง)

ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง < ร้อยละ 84
2 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 85-89
3 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 90-94
4 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 95-99
5 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอุษณีย์ เกียรติ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายรังสรรค์ ศรีล้วน (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.: 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence Strategy
แผนงานที่ 8	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 19	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 56)	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติ ประเมินเลื่อนระดับ(ปฏิบัติการเป็นชำนาญการ) สามารถเลื่อนระดับได้ตาม ระยะเวลาที่กำหนด (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	ข้าราชการ หมายถึง ข้าราชการประเภทวิชาการ ที่มีคุณสมบัติครบในการส่ง ผลงาน ประเมินในระดับชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ 1. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1006/ว 5 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2567 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ 2. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.10/ว 6505 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2567 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล การย้าย การ โอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภ ทวิชาการ ระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ และระดับ ทรงคุณวุฒิ ใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.08/ว 6506 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2568 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้ง ให้ ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



	4. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.1/154 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2556 เรื่อง การบรรจุโดยให้ได้รับเงินเดือนสูงกว่าขั้นต่ำของตำแหน่ง 5. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1012.2/235 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2560 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการพิจารณาสิทธิประโยชน์ให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุข ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนางานในตำแหน่งที่ ปฏิบัติ มีหลักการ เหตุผล มีการอ้างอิง สามารถตรวจสอบได้ และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน การเลื่อนระดับ หมายถึง การส่งผลงานวิชาการของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ขอประเมินบุคคลและประเมินผลงาน เพื่อขอเลื่อนระดับประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ		
เกณฑ์เป้าหมาย ข้าราชการประเภทวิชาการในหน่วยงานผู้มีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ส่งผลงานวิชาการเพื่อประเมินบุคคล และประเมินผลงาน ได้มีการจัดส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 70			
	ปีงบประมาณ 2569 - ข้าราชการที่มีคุณสมบัติ ส่งประเมินผลงาน > 70%	ปีงบประมาณ 2570 - ข้าราชการที่มีคุณสมบัติ ส่งประเมินผลงาน > 75%	ปีงบประมาณ 2571 - ข้าราชการที่มีคุณสมบัติ ส่งประเมินผลงาน > 80%
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้มีความก้าวหน้าในสายอาชีพ ตามระยะเวลาที่กำหนด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ข้าราชการประเภทวิชาการที่มีคุณสมบัติครบการส่งประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ไฟล์ข้อมูล 2. แฟ้มจัดเก็บข้อมูลผู้ส่งประเมินผลงานวิชาการ 3. ข้อมูลบุคคลในระบบ 3.1 ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of the Permanent Secretary System : HROPS) 3.2 ระบบ SMART-HR 4. แฟ้มรายงานผลการดำเนินการบริหารจัดการข้อร้องเรียนจากหน่วยงาน		
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of the Permanent Secretary System : HROPS) 2. ระบบ SMART-HR		



	3. แฟ้มประวัติ หรือ กพ. 7 รายบุคคล 4. รายงานผลการดำเนินการบริหารจัดการข้อร้องเรียนจากหน่วยงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้าราชการที่เสนอผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับปฏิบัติการเป็นชำนาญการ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้าราชการที่มีคุณสมบัติพร้อมประเมินเลื่อนระดับ (คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกเดือน

ไตรมาส	การกำกับติดตามรายไตรมาส /กิจกรรม
ไตรมาสที่ 1	การประเมินผลงานวิชาการ -สำรวจข้อมูลข้าราชการผู้มีคุณสมบัติครบพร้อมส่งผลงานวิชาการ -ให้คำปรึกษาในการกำหนดชื่อผลงานวิชาการและข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาและปรับปรุงงานที่จะส่งประเมิน -จัดทำแผนเร่งรัดให้ข้าราชการส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการประเมินบุคคล
ไตรมาสที่ 2	การประเมินผลงานวิชาการ มีการประชุมชี้แจงแนวทางในการจัดทำแบบแสดงรายละเอียด ประกอบการขอประเมินบุคคล แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน และเอกสารประกอบการพิจารณาขอขึ้นเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกี่ยวคู่กับตำแหน่งที่ขอประเมิน (เฉพาะกรณีขอเกี่ยวคู่)
ไตรมาสที่ 3	การประเมินผลงานวิชาการ -ทบทวนผลการดำเนินงานรอบ ตค.68 - กพ.69 เพื่อหา Gap หรือเหตุผลของปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย -ทบทวนแผนเร่งรัดให้ข้าราชการส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการประเมินผลงาน
ไตรมาสที่ 4	การประเมินผลงานวิชาการ -ผู้มีคุณสมบัติส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการประเมินผลงานไม่น้อยกว่า 70% (คิดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ตค.68 - สค.69)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ขั้นที่ 1 (1 คะแนน)	1.ทบทวนการดำเนินงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา (พ.ศ. 2568) เพื่อหา Gap หรือเหตุของปัจจัยที่ส่งผลให้ ข้าราชการผู้มีคุณสมบัติส่งผลงานวิชาการ ไม่สามารถส่งผลงานวิชาการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และ มีการสำรวจข้อมูลข้าราชการผู้มีคุณสมบัติที่จะส่งประเมินผลงานวิชาการ (0.5 คะแนน)



	2. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติบุคคลที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ (0.5 คะแนน)
ขั้นที่ 2 (2 คะแนน)	ผ่านขั้นที่ 1 + มีการประชุมชี้แจงแนวทางในการจัดทำ “แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล” “แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน” และ “เอกสารประกอบการพิจารณาขออนับ เวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกี่ยวคู่กับตำแหน่งที่ขอประเมิน (เฉพาะกรณีขอเกี่ยว)”
ขั้นที่ 3 (3 คะแนน)	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + มีการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลผลงานวิชาการของกลุ่มเป้าหมายก่อนนำส่งระดับจังหวัด และ ทบพวนแผนเร่งรัด ให้ข้าราชการส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการประเมินผลงาน
ขั้นที่ 4 (4 คะแนน)	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + ผลงานวิชาการที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์สามารถนำส่งระดับจังหวัดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ขั้นที่ 5 (5 คะแนน)	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + ผู้มีคุณสมบัติที่จะส่งประเมินผลงานวิชาการสามารถส่งผลงานวิชาการที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 70
ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธิดารัตน์ บุญทรง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-626 9853 2. นางสุพิชตรา ชาทองยศ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-582 2932
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางบานเย็น พิศคำ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 064-653 8795 2. นายไพสิฐ โกศลวัฒน์ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 063-583 5141 3. นางสาวธนิชชา ชาทองยศ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 080-1603 648 4. นายชัยพฤกษ์ ไชยจักร เจ้าพนักงานธุรการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 096-519 4414



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence Strategy
แผนงานที่ 8	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 19	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 57)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อนำไปใช้ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้ การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัยพัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างชิ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น



3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

4) นวัตกรรมจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

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

การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

-การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

-การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่



นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น -การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล การนำไปใช้ หมายถึง งานวิจัยและพัฒนาสำเร็จแล้วต้องนำไปใช้ประโยชน์ ปรับปรุงกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และมีการนำไปใช้ปฏิบัติงานของตำแหน่งอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีการสรุปข้อมูลผลลัพธ์จากการนำงานวิจัยไปใช้				
เกณฑ์เป้าหมาย ค่าเป้าหมาย ปี 2569				
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	-	-	-	อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง รายงานผลการนำไปใช้ อำเภอละ 2 เรื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสข./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แง่ฉบับผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย 1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ			



	1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักงานวิชาการสาธารณสุขและวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี 1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง 1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่			
แหล่งข้อมูล	1. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2569 2. สรุปผลการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2569			
การกำกับติดตาม	ปีงบประมาณ 2569			
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	-มีการวางแผนการจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ -ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (2 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2568 -มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย	มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ รูปภาพกิจกรรม	มีการควบคุมกำกับติดตามงาน รายงานความก้าวหน้า การจัดทำ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (2 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อย 5 เรื่อง

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ขั้นที่ 1 - มีการวางแผนนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ -มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ



1 คะแนน	ขั้นที่ 2 - มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม
1 คะแนน	ขั้นที่ 3 - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีรูปภาพกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ
1 คะแนน	ขั้นที่ 4 - มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม
1 คะแนน	ขั้นที่ 5 - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 2 เรื่อง/อำเภอ) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานใน ระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง

ประเมินกิจกรรมทีละขั้น แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

เอกสารสนับสนุน :	- เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานนวัตกรรม/วิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข / วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี - ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ - เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ - บทความย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2564	2565	2566	2567	2568
ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน (เรื่อง)	234	183	170	325	456

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวพัชรา หงษ์สุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-849-9205 E-mail : hrdubon@gmail.com
--	--



	2.นางธิดารัตน์ บุญทรง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E-mail : thidarat.hrubon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวพัชรา หงษ์สุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-849-9205 E-mail : hrdubon@gmail.com

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	5. คนดี
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence Strategy
แผนงานที่ 8	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 19	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 58)	ระดับความสำเร็จการยกระดับ อสม.สู่ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่แต่ละ คปสอ. (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	สัดส่วนของหมู่บ้านที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการคัดเลือกโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เข้ารับการอบรมครบตามหลักสูตรที่กำหนด ได้แก่ 1. อสม.ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ 2. อสม.ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง 3. อสม.ผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. อสม.นวดเพื่อสุขภาพ และได้รับการประกาศหรือรับรองอย่างเป็นทางการให้เป็น “ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ระดับความสำเร็จของการยกระดับ อสม. สู่ ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดจากร้อยละของ อสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ใน 4 หลักสูตร โดยมีกระบวนการดำเนินการดังต่อไปนี้



	1. การคัดเลือก อสม. เพื่อเข้าสู่การอบรมหลักสูตร 2. การประสานให้ อสม. เข้ารับการอบรม ตามหลักสูตรที่ จังหวัดกำหนด และหน่วยงานที่ช่วยในการยกระดับ อสม. ที่เกี่ยวข้อง 3. ร้อยละของ อสม. ที่ผ่านหลักสูตรการอบรม และสำเร็จหลักสูตร 4. การกำหนดบทบาทหน้าที่ อสม. ที่ผ่านการอบรมแล้ว ไปพัฒนาสาธารณสุขได้อย่างไร 5. ผลลัพธ์ ที่อสม. ดำเนินการ เช่นดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานระยะสงบ, จำนวน ที่ร้าย / อสม. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็คน / อสม. 1 คน
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	

1.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการยกระดับเป็น “ผู้ช่วยสาธารณสุข” หลักสูตร อสม.ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ หมู่บ้านละ 1 คน 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการยกระดับเป็น “ผู้ช่วยสาธารณสุข” หลักสูตร อสม.ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง หมู่บ้านละ 1 คน 3.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการยกระดับเป็น “ผู้ช่วยสาธารณสุข” หลักสูตร อสม.ผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมู่บ้านละ 1 คน 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการยกระดับเป็น “ผู้ช่วยสาธารณสุข” หลักสูตร อสม.นวดเพื่อสุขภาพ หมู่บ้านละ 1 คน	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถยกระดับเป็น “ผู้ช่วยสาธารณสุข” อย่างเป็นทางการ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพระดับดีเยี่ยม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม. หมู่บ้านละ 1 คน อบรม 4 หลักสูตร (รวมหมู่บ้านละ 4 คน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หลักฐานการอบรม /ใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรม /ภาพถ่าย
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานโครงการตามฟอร์ม google sheets ของกลุ่มงานปฐมนิเทศและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A =หมู่บ้านที่มี อสม. ที่ผ่านการคัดเลือกโดย สสอ./รพ.สต. และอบรมครบทั้ง 4 หลักสูตร
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านในเขตพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหมู่บ้านที่ อสม.ผ่านหลักสูตรผู้ช่วย จนท.สาธารณสุข = $(A/B) \times 100$



ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี
วิธีการประเมินผล	ประเมินกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

ขั้นตอน	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงานตามนโยบาย บุสดี อสม.
ขั้นตอนที่ 2	คณะกรรมการ มีการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์และคุณสมบัติ การคัดเลือก อสม.เป็น ผู้ช่วยสาธารณสุข ตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด
ขั้นตอนที่ 3	มีการประชาสัมพันธ์ และการคัดเลือกตามแนวทางและหลักเกณฑ์ ตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด
ขั้นตอนที่ 4	มีการจัดทำฐานข้อมูล อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข โดยการลงทะเบียน ในแบบ Google form ของกลุ่มงานปฐมนูมิ ตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด
ขั้นตอนที่ 5	มีการจัดการอบรม หรือ สนับสนุน อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข โดยหลักสูตร จาก สสจ. หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อำเภोजัดขึ้นเอง ตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด
ขั้นตอนที่ 6	มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ในการดำเนินงาน คู่มือกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหลักฐานการมอบหมายหน้าที่ มีแผนการดำเนินงานและผลลัพธ์ อย่างน้อย 3 จาก 5 บทบาท ประกอบด้วย ดังนี้ อสม. มีบทบาทพื้นฐาน 2 ด้าน ได้แก่ 1. คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และบันทึกผลผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. 2. ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พร้อมบันทึกผลผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. นอกจากนี้ ต้องดำเนินบทบาทเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 ด้าน ตามบริบทพื้นที่ ได้แก่ ● สร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ● ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ ● ร่วมกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาน CDs ในชุมชน โดยทุกบทบาทต้องมีการบันทึกและรายงานผลผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.



ขั้นตอนที่ 7	มีผลลัพธ์การอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร ประกอบด้วย 1. หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด โดยมี ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมอสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร เท่ากับร้อยละ 90 2. หลักสูตรผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด โดยมี ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมอสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร เท่ากับร้อยละ 90 3. ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการตามโควตาเป้าหมาย ที่ได้รับจัดสรร จาก สปสช.เขต ๑๐ โดยที่ ร้อยละ จำนวนหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข ตามหลักสูตร มากกว่า ร้อยละ 70 4. นวดเพื่อสุขภาพ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมาย ที่ได้รับจัดสรร จาก คณะกรรมการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ โดยที่ ร้อยละ จำนวนหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร มากกว่า ร้อยละ 70
ขั้นตอนที่ 8	มีผลลัพธ์การอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร ประกอบด้วย 1. หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด โดยมี ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมอสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร เท่ากับร้อยละ 100 2. หลักสูตรผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมายที่กำหนด โดยมี ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมอสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร เท่ากับร้อยละ 100 3. ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการตามโควตาเป้าหมาย ที่ได้รับจัดสรร จาก สปสช.เขต ๑๐ โดยที่ ร้อยละ จำนวนหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข ตามหลักสูตร มากกว่า ร้อยละ 75 4. นวดเพื่อสุขภาพ ดำเนินการตามโควตาเป้าหมาย ที่ได้รับจัดสรร จาก คณะกรรมการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ โดยที่ ร้อยละ จำนวนหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขตามหลักสูตร มากกว่า ร้อยละ 75
การประเมิน ประเมินแบบ Milestone	
คะแนน Ranking	การประเมินผล รอบที่ 1 รอบที่ 2
1 คะแนน	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 3



2 คะแนน	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 5
3 คะแนน	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 6
4 คะแนน	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 7
5 คะแนน	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 8
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมนุฏีและเครือข่ายสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 06 3023 9456 E-mail.com : theppum4@gmail.com Line ID : 06 3023 9456
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมนุฏีและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางธนพร ป้อมพิทักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ: 095-608-0702 E-mail.com : phc2005phc@gmail.com Line ID : 09 5608 0702 2. นางสาวสุภาวดี สุรพัฒน์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ: 098-831-3037 E-mail.com : tar.supawadee1234@gmail.com Line ID : s_supawadee

Template Ranking ปี 2569

6.ดี+

(น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุข
ตามแนวพระราชดำริ,
โครงการเฉลิมพระเกียรติ)



นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (6. ดี+)

นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	6. ดี+ (น้อมนำการพัฒนาผลงานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ)
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 7	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ 18	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัดที่ (R 59)	ระดับความสำเร็จ การดำเนินงานดูแลสุขภาพ, ติดตามเยี่ยมบ้าน และการบันทึกผลงานการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ (ค่าเป้าหมาย : ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรค หรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือ ผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัด พื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ดังนี้ <u>ระดับที่ 1</u> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด



	<u>ระดับที่ 2</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ <u>ระดับที่ 3</u> ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ <u>ระดับที่ 4</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง <u>ระดับที่ 5</u> มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ พระราชานุเคราะห์ฯ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ พระราชานุเคราะห์ฯ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td><td>ปีงบประมาณ 2571</td></tr><tr><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td><td>ความสำเร็จระดับ 5</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	1) เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ และพระราชานุเคราะห์ฯ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ 2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ และพระราชานุเคราะห์ฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ และพระราชานุเคราะห์ฯ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) รพ.สต.						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ พระราชานุเคราะห์ฯ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม						



แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ $= (A / B) * 100$

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

การประเมินแบบ Milestone

คะแนน Ranking	ขั้นตอนการดำเนินงาน
ขั้นที่ 1	-มีกิจกรรมชี้แจงการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ในระดับอำเภอ (เวทีการประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ หรือการประชุมร่วมกับนายอำเภอ หรือในการประชุมที่โรงพยาบาล)
ขั้นที่ 2	-มีคำสั่งคณะกรรมการ ระดับอำเภอ -มีรายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี
ขั้นที่ 3	-อำเภอมีแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วย
ขั้นที่ 4	-ผลงานการเยี่ยมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างคุณภาพ มากกว่าร้อยละ 80
ขั้นที่ 5	-ผลงานการเยี่ยมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างคุณภาพ ร้อยละ 100
กรณีอำเภอที่ไม่มีผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ไม่ได้ประเมินในตัวชี้วัดนี้	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
วิธีการประเมินผล :	1) รวบรวม และวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักโครงการพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุ่มลงตรวจเยี่ยม



	การดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด 3) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ (ถ้ามี)
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางอุษณีย์ เกติมี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข 2.นางขวัญเนตร บุญส่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางขวัญเนตร บุญส่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 081-600-8690

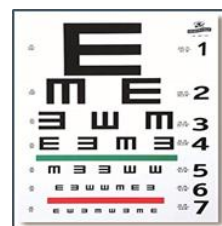
นโยบาย นพ.สจ.อบ.	6. ดี+ (น้อมนำการพัฒนาทางสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ)
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 7	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ 18	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัดที่ (R 60)	ร้อยละผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ) (ค่าเป้าหมาย : > 90%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400 การผ่าตัดภายใน 30 วัน คือ การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน อย่างมีคุณภาพภายในได้ 7 กระบวนการ ได้แก่



1. รพ.สต. ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ยังมีชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ และนำเข้าสู่ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด ในโปรแกรม Vision 2020 Thailand ของปีงบประมาณ 2569

2. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การประเมินคัดกรองภาวะทางตา ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหาบ่งชี้ โดยแผ่นทดสอบสายตา สเนลเลน มี 2 แบบ คือ แบบตัวเลข และแบบตัวอักษรอี (E-Chart) หรือ สัญลักษณ์ 3 นิ้ว สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ

เกณฑ์ประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95



3. ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น อ่านตัวเลข แผ่นตัวอักษรอี หรือนับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ทุกคน ต้องได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.สต. พบเจ้าหน้าที่ เพื่อวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) + Pinhole

4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) + Pinhole โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่ ทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ที่โรงพยาบาลชุมชน

5. ผู้สูงอายุที่ตรวจพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคน ได้รับการส่งต่อไปพบทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัดต้อกระจก ของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษามหาวิชราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพืชผล เพื่อวินิจฉัย และตรวจ/รักษา ตามข้อบ่งชี้

6. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนนัด(รอ)ผ่าตัด ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, โรงพยาบาล ๕๐พรรษา มหาวิชราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพืชผล



7. ผู้สูงอายุทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดยทีมสหวิชาชีพให้บันทึกผลการคัดกรอง ลงในโปรแกรม Vision 2020 Thailand ตามขั้นตอนจนกระทั่งส่งเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ที่จะบันทึกประวัติการผ่าตัด คือ ทีมจักษุแพทย์ ที่ทำการผ่าตัด (ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand)			
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
	มากกว่า 90 %	มากกว่า 90 %	-
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและ หลังผ่าตัด		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision 2020 Thailand		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569			
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม		
1 คะแนน	1) การนำเข้าข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโปรแกรม Vision 2020 Thailand ภายในเดือนพฤศจิกายน 2568 - มีการนำเข้าข้อมูล น้อยกว่า 95 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน) - นำเข้าข้อมูล มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของเป้าหมาย (1 คะแนน)		
1 คะแนน	2) การตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น “มีการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม. หรือ จนท.สาธารณสุข” - มีการคัดกรองสายตา น้อยกว่าร้อยละ 90 (0.5 คะแนน) - มีการคัดกรองสายตา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 (1 คะแนน)		
1 คะแนน	3) ร้อยละผู้สูงอายุที่วัด VA น้อยกว่า 20/400 ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ - น้อยกว่าร้อยละ 30 (0.3 คะแนน) - ร้อยละ 30 - 60 (0.6 คะแนน) - มากกว่าร้อยละ 60 (1 คะแนน)		



1 คะแนน	4) มีการส่งต่อข้อมูลผู้ที่ขึ้นทะเบียนผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับ VISA ผ่าตัด เพื่อติดตามเข้าสู่ระบบการรักษาภายใน 30 วัน และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน - มีการส่งต่อน้อยกว่าร้อยละ 95 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน) - มีการส่งต่อมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของเป้าหมาย (1 คะแนน)
1 คะแนน	5) ร้อยละการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน - ร้อยละ 1 - 59 (0.3 คะแนน) - ร้อยละ 59.01 - 89.99 (0.6 คะแนน) - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 (1 คะแนน)
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางดวงพร มุกดากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241920, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 094-4024130 Email : pukpuy7294@gmail.com 2) นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241920 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายต้อกระจกอุบลราชธานี 
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1) นางดวงพร มุกดากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241920, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 094-4024130 Email : pukpuy7294@gmail.com 2) นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241920 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	6. ดี+ (น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ)
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 7	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ 18	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัดที่ (R 61)	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ <u>ลดลง</u> จากปีที่ผ่านมา (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ) (ค่าเป้าหมาย : ลดลงจากปีที่ผ่านมา 10%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m²/yr ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของ ผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ICD-10 = N 18.5 Chronic kidney disease, stage 5 eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (คัดกรอง CKD) 3. ผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 ลดลงจากปีที่ผ่านมา หมายถึง จำนวนหรืออัตราป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาในช่วงระยะเวลาเปรียบเทียบเดียวกัน
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2569 - จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตวายเรื้อรังมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 5 - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน - การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ได้รับการตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ได้รับการตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน



1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของ โรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าสู่ระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด

1.3 โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time

รายงานข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณปัจจุบัน

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณก่อนหน้า

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการ ตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน

โดย พิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ

สูตรคำนวณ วิธีคิดของปี 25xx:

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณปัจจุบัน

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของ ปีงบประมาณก่อนหน้า

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{B - A}{B} \times 100$$

สูตรคำนวณ วิธีคิดของปี 2569 :

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568}) - A (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569})}{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568})} \times 100$$

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

A : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

B : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{A}{B} \times 100$$

หมายเหตุ

B หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงสัญชาติไทย ในเขตรับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมวลผลจากรหัสโรค

1. (E10* ถึง E14*) ลบออกด้วย (E102, E112, E122, E132, E142)

2. และ/หรือ มีรหัสโรคเป็น (I10* ถึง I15*) ลบออกด้วย (I12*, I13*, I151)

3. และไม่มีรหัสโรค N181-189

*****ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนปีงบประมาณปัจจุบัน จึงจะนำมาหักออกเท่านั้น

A หมายถึง ผู้ป่วยตาม B ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง คือ ตรวจ LAB ดังนี้

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ



	2. ผู้ป่วยเบาหวานและเบาหวานร่วมๆ ได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด รหัส LAB ที่ใช้ดังนี้ (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206 (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 0440205 (3) microalbuminuria รหัส 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 0440203 (5) serum creatinine รหัส 0581902 (6) eGFR รหัส 0581904
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต, ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลง จากปีงบประมาณก่อนหน้า 2. Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต, ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
2 คะแนน	1) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	
	- ลดลง ร้อยละ 5 ของปีงบประมาณก่อน	(0 คะแนน)
	- ลดลง ร้อยละ 6 - 10 ของปีงบประมาณก่อน	(1 คะแนน)
	- ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	(2 คะแนน)
3 คะแนน	2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	
	- คัดกรอง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	(1 คะแนน)
	- คัดกรอง ร้อยละ 70 – 80	(2 คะแนน)
	- คัดกรอง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	(3 คะแนน)
ประเมินทั้งสองข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		



วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวน จำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณ ซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้ บริการสะสมมากที่สุด 2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2566	2567	2568
	ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	ร้อยละ	-	-	- 8.44
	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	-	-	72.57
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางสุภาภรณ์ เพี้ยวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2) นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1) นางสุภาภรณ์ เพี้ยวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2) นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com				



นโยบาย นพ.สสจ.อบ.	6. ดี+ (น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ / โครงการเฉลิมพระเกียรติ)
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 7	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ 18	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัดที่ (R 62)	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ) (ค่าเป้าหมาย > 80%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 -70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำ และตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คนละ 1 ครั้งต่อปี
เกณฑ์เป้าหมาย	1 .สตรี อายุ 30 – 70 ปี ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. สตรี อายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ตรวจเต้านมด้วยตนเอง(BSE) 2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (CBE)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลจากการบันทึกผ่านโปรแกรมและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE
รายการข้อมูล 2	A(CBE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	B(BSE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2569 :	
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 15 กุมภาพันธ์ 2569	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 15 สิงหาคม 2569	



ค่าคะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน						
1 คะแนน	- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.5 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.5 คะแนน)						
1 คะแนน	- มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ (0.5 คะแนน) - มีการจัดกิจกรรมสอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่กลุ่มเป้าหมาย (0.5 คะแนน)						
3 คะแนน	- กลุ่มเป้าหมายได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 80						
					< 50.00 %	1 คะแนน	
					50.00 – 99.99 %	2 คะแนน	
					100.00 %	3 คะแนน	
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)							
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูลประชากรอายุ 30 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data							
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
			2566	2567	2568		
ร้อยละของสตรี อายุ 30 – 70 ปี ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง		ร้อยละ	69.48	71.36	69.54		
ร้อยละของสตรี อายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข		ร้อยละ	72.21	74.19	72.77		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 081 790 2731 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 081 790 2731					

รับผิดชอบ

ตรงต่อเวลา

พัฒนาตนเองเป็นนิจ

จิตบริการ

ทำงานเป็นทีม

