ประเด็นยุทธศาสตร์	**1.ลดอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาและภัยสุขภาพ (PP&P Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด /อำเภอ/สถานบริการสาธารณสุข**
ชื่อตัวชี้วัด	**1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน**
คำนิยาม	• **เด็กอายุ 0 - 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน • **สูงดี** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ • **สมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง • **สูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน
เกณฑ์เป้าหมาย :	

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565	**รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565**
ร้อยละ 60	ร้อยละ 64

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และ<u>บันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง</u> เช่น น้ำหนัก 1.20 กิโลกรัม ส่วนสูง 2.151 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากแหล่งต่าง ๆ (<u>ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย)</u> บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1. ผลการดำเนินงานชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง จาก สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) 2. ระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงดีสมส่วน B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด **ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงดีสมส่วน** = (A1 / B1) × 100
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	60	56	58	60	62	64

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	64	60	62	64	66	68

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ.				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	45.97	49.55	51.84	59.55	56.38

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. แนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 6. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 7. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน 8. สื่อโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**ผู้รับผิดชอบ :** นางสาวชุณหกาญจน์ บัวกิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ **เบอร์ติดต่อ** 099-3563096 **ผู้กำกับดูแล :** นายประนอม ตุลยกุล หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ **เบอร์ติดต่อ** 081-5378190 **E–mail :** pranom_tul@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์	**1.ลดอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาและภัยสุขภาพ (PP&P Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/อำเภอ/ตำบล**
ตัวชี้วัด	**2.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์**
คำนิยาม	1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย หรือ โปรแกรมอื่น ๆ - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) ทุกราย รอบ 9 และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรอง และมีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการดูแลและวางแผน การส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์ การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

คำนิยาม	องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย - ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /การจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบเดือนกุมภาพันธ์ 2565	รอบเดือนกรกฎาคม 2565
ร้อยละ 93	ร้อยละ 98

วัตถุประสงค์	เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย หรือระบบฐานข้อมูล HDC 2.การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3.การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
แหล่งข้อมูล	1.Blue Book Application กรมอนามัย 2.ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย 3.ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4.ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/E) x100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	93	89	91	93	95	97

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	98	96	97	98	99	100

วิธีการประเมินผล :

1.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม 3C
2.จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม 3Cและรายงานประจำเดือน

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ.				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	79.20	85.40	90.95

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบ : นางเขมจิรา สาลีผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์ติดต่อ 081-8459419
ผู้กำกับดูแล : นายประนอม ตุลยกุล หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
เบอร์ติดต่อ 081-5378190 **E–mail :** pranom_tul@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์	1.ลดอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาและภัยสุขภาพ (PP&P Excellence)
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	**3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนด โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด **อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ **กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคมจากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ** พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกถอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์ 2565	**รอบ เดือนกรกฎาคม 2565**
(1) มีคำสั่งคณะกรรมการฯ เป็นปัจจุบัน (2) มีการประชุมและกำหนดประเด็นฯ อย่างน้อย 2 ประเด็น +กลุ่มเปราะบาง + โควิด-19 (3) มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง (4) มีการวางแผนการขับเคลื่อน 2 ประเด็น +กลุ่มเปราะบาง + และCOVID -19 (5) มีการประเมินตนเองตาม UCCARE +วางแผนพัฒนา	(1) มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อน 2 ประเด็น การดูแลกลุ่มเปราะบาง และ COVID-19 (2) มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผล (ระดับชุมชน/ตำบล/ประเด็น) (3) อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน UCCARE ระดับ 3 (4) ดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง และแก้ปัญหา COVID-19

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
กลุ่มเป้าหมาย	พชอ. ทุกอำเภอ (10 อำเภอ) ,ประชากรกลุ่มเปราะบางตามที่ พชอ.กำหนด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานผลตามระบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 10 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผล : ปี 2565

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทาง ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด 2. มีการบริหารจัดการ บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง	1. มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต	1. อำเภอมีการดำเนินงาน และผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ **ร้อยละ 75** 2. พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางตามเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
2. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
4. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
10 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 80 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 70 (7 อำเภอ)	ร้อยละ 70 (7 อำเภอ)

เกณฑ์การให้คะแนน : ระดับอำเภอ

รอบ เดือนกุมภาพันธ์ 2565	รอบ เดือนกรกฎาคม 2565
(1) มีคำสั่งคณะกรรมการฯ เป็นปัจจุบัน (2) มีการประชุมและกำหนดประเด็นฯ อย่างน้อย 2 ประเด็น (3) มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง (4) มีการวางแผนการขับเคลื่อน 2 ประเด็น + COVID 19 และกลุ่มเปราะบาง (5) มีการประเมินตนเองตาม UCCARE และวางแผนการพัฒนา	(1) มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อน 2 ประเด็น การดูแลกลุ่มเปราะบาง และ COVID-19 (2) มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผล (ระดับชุมชน/ตำบล/ประเด็น) (3) อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน UCCARE ระดับ 3 (4) ดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง และแก้ปัญหา COVID-19

ระดับค่าเป้าหมายและคะแนน					ระดับค่าเป้าหมายและคะแนน				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ดำเนินการตาม (1) – (2)	ดำเนินการตาม (1) – (3)	ดำเนินการตาม (1) – (4)	ดำเนินการตาม (1) – (5)	ดำเนินการตาม (1) – (5) + UCCARE ระดับ 3	UCCARE ระดับ 2	UCCARE ระดับ 2.5	UCCARE ระดับ 3	UCCARE ระดับ 3.5	UCCARE ระดับ 4 ขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน : ระดับอำเภอ

ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดผลงาน	Baseline Data	เกณฑ์	คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
			1	2	3	4	5
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	60	70	80	90	100

ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. นายทรงวุฒิ ท่าจีน นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 06 2654 5519 E-mail : sthajeen@gmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	2. นายรัชพล สัมฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ตรัง โทร 088 762 6642

ประเด็นยุทธศาสตร์	**1.ลดอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาและภัยสุขภาพ (PP&P Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**อำเภอ (ประเภทตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ)**
ชื่อตัวชี้วัด	**4.ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ด้านสุขาภิบาลอาหาร) ที่มีประสิทธิภาพ**
คำนิยาม	**สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน** หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหารที่ได้ดำเนินการปรับปรุงจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท และผ่านมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ตามที่ ศบค.กำหนด ได้แก่ **ตลาดนัด** หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 **มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market)** หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป **ร้านอาหาร** หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 **มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus** หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ และเกณฑ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้กำหนดเพิ่มเติม ได้แก่ **มาตรฐานระดับพื้นฐาน 5 หมวด** หมายถึง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบ จำนวน 5 หมวด

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์ 2565	**รอบ เดือนกรกฎาคม 2565**
1) อำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคัดเลือกสถานประกอบการเป้าหมายทั้งหมดรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) อำเภอ ได้รับการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานส่วนกลาง อย่างน้อย จำนวน 1 ครั้ง	อำเภอมีการการดำเนินงาน สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 10 อำเภอ ประกอบด้วย 1) ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) อำเภอละ 1 แห่ง 2) ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ 1 แห่ง (ประเมินโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานส่วนกลาง)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	10 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายเดือน ทุกวันที่ 25 ของเดือน 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของจังหวัด และรายงานข้อมูลไปยังระดับเขตต่อไป
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ด้านสุขาภิบาลอาหาร) ที่มีประสิทธิภาพได้ตามเป้าหมาย
รายการข้อมูล 2	A1= อำเภอมีสถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ Temporary Market) อำเภอละ 1 แห่ง โดยมีระดับคะแนนเป้าหมาย ดังนี้ **1) ระดับเตรียมการ** 1.1) อำเภอมีการคัดเลือกสถานประกอบการเป้าหมายอย่างน้อย 1 แห่ง และสถานประกอบการดังกล่าว ได้มีการประเมินตนเอง (ดำเนินการโดยผู้ประกอบการโดยคำแนะนำของ อปท., สสอ./รพ.สต./ รพ. ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานประกอบการนั้น) ค่าคะแนน เท่ากับ 3 คะแนน **2) ระดับผลผลิต** 2.1) อำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อระดับดี ค่าคะแนน เท่ากับ 4 คะแนน 2.2) อำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อระดับดีมาก ค่าคะแนน เท่ากับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 3	A2= อำเภอมีสถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ 1 แห่ง **1) ระดับเตรียมการ** 1.1) อำเภอมีการคัดเลือกสถานประกอบการเป้าหมายอย่างน้อย 1 แห่ง และสถานประกอบการดังกล่าว ได้มีการประเมินตนเอง (ดำเนินการโดยผู้ประกอบการโดยคำแนะนำของ อปท., สสอ./รพ.สต./ รพ.ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานประกอบการนั้น) ค่าคะแนน เท่ากับ 3 คะแนน **2) ระดับผลผลิต** 2.1) อำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน 5 หมวด ค่าคะแนน เท่ากับ 4 คะแนน 2.2) อำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus (ระดับก้าวหน้า) ค่าคะแนน เท่ากับ 5 คะแนน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = $\frac{\text{(ค่าคะแนน A1+A2)}}{2}$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ด้านสุขาภิบาลอาหาร) ที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 3 (ร้อยละ 80)	60	70	80	90	100

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ด้านสุขาภิบาลอาหาร) ที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 5 (ร้อยละ 80	60	70	80	90	100

วิธีการประเมินผล :

1. สสอ. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด
2. สสจ. สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของ สสอ.และ อปท.
3. สสจ. ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และประเมินสถานประกอบการ
4. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของจังหวัด ไปยังระดับเขต รวมทั้งสุ่มประเมินฯเชิงคุณภาพในพื้นที่

เอกสารสนับสนุน :

1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
2. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551และคู่มือการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)
3. คู่มือตลาดนัดน่าซื้อ
4. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
5. คู่มืออาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		2561	2562	2563	2564
อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	อำเภอ	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	4

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางศิริรัตน์ อัครสุวรรณกุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร 075 205615-22 ต่อ 313 มือถือ 094 5932565

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทร 075 205615-22 ต่อ 313

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล

นายสันติ ใจจ้อง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร 075 205615-22 ต่อ 311 มือถือ 083 5047874

ประเด็นยุทธศาสตร์	1.ลดอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาและภัยสุขภาพ (PP&P Excellence)
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	**5.ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN** Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ **ระดับพื้นฐาน** หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่1 และขั้นตอนที่2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N G: GARBAGE 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์มูลฝอยอื่นๆไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ R: RESTROOM 4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก E: ENERGY 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร E:ENVIRONMENT 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ N: NUTRITION 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
คำนิยาม (ต่อ)	**ระดับดี** หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 11-12 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ 12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD) **ระดับดีมาก** หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 13-14 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

	ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16 15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป หรือโรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์ 2565	รอบ เดือนกรกฎาคม 2565
โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองระดับ ดีมาก Plus **ร้อยละ 90**	โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองระดับ ดีมาก Plus **ร้อยละ 100**

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Plus
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ในจังหวัดตรัง จำนวน 11 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้ สสจ. 2. โรงพยาบาลทุกแห่งรายงานผลการดำเนินงานส่งให้ สสจ.เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 3. สสจ.ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย **หมายเหตุ** : ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ได้ตามเป้าหมายซึ่งกำหนดค่าระดับคะแนนไว้ ดังนี้ 1) ระดับคะแนน 1 เท่ากับ ผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับพื้นฐาน (ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 ข้อ) 2) ระดับคะแนน 2 เท่ากับ ผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดี (ผ่านเกณฑ์ จำนวน 12 ข้อ) 3) ระดับคะแนน 3 เท่ากับ ผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดีมาก (ผ่านเกณฑ์ จำนวน 14 ข้อ) 4) ระดับคะแนน 4 เท่ากับ ผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 15 หรือ 16 ข้อใดข้อหนึ่ง (ผ่านเกณฑ์ จำนวน 15 ข้อ) 5) ระดับคะแนน 5 เท่ากับ ผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดีมากPlus (ผ่านเกณฑ์ จำนวน 16 ข้อ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จฯ = A

ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	90	80		90		100

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	100	80		90		100

วิธีการประเมินผล :	1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่ พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานGREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) 5. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(ดูตารางด้านล่าง)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
2) ผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus	จำนวน	N/A	1	5	8

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายอาคม หนูเหมือน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 075 205615-22 ต่อ 313 มือถือ 081 9580527
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โทร 075 205615-22 ต่อ 313
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นายสันติ ใจจ้อง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 075 205615-22 ต่อ 311 มือถือ 083 5047874

ประเด็นยุทธศาสตร์	2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)
ระดับการแสดงผล	**ระดับจังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**6.อสม.ได้รับการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน (3 หมอ)** **6.1.ร้อยละของ อสม.กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน (ร้อยละ 100)** **6.2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 75)**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง** ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) **อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง** ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (อสม.หมู่บ้าน ละ 1 คน : จำนวน 723 คน และไม่ซ้ำกับผู้ผ่านการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563 -2564) **คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง** ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	**รอบ เดือนกรกฎาคม**
ร้อยละของ อสม.กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน (18 ชั่วโมง) (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์	1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน 2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ (หมู่บ้านละ 7 คน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน ละ 1 คน : จำนวน 723 คน)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**1. พัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน** (A/B) X 100 **2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี** (C/D) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำแนวทาง แบบประเมิน ฐานข้อมูล 2.ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	อบรม อสม. หมอประจำบ้าน 723 คน (สะสม)	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 10	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :	**การประเมินผลกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี** โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ร่วมประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและรายงานข้อมูลในฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ www.thaiphc.net
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net 4. Application "SMART อสม."
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	**1. พัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละอสม.เป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ	-	-	106.64	106.64

2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	80.07	130.96

เกณฑ์การให้คะแนน

1. พัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน (รอบที่ 1 ตุลาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565)

ตัวชี้วัดผลงาน	เกณฑ์	คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของ อสม.กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ 100	90		95		100

2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (รอบที่ 2 มีนาคม 2565 - กรกฎาคม 2565)

ตัวชี้วัดผลงาน	เกณฑ์	คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 75	65	70	75	80	85

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายธนาวุฒิ ชัยเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทรศัพท์มือถือ : 088-7541424 E-mail : than_chaidech@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายธนาวุฒิ ชัยเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทรศัพท์มือถือ : 088-7541424 E-mail : than_chaidech@hotmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นายรัชพล สัมฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทรศัพท์มือถือ : 088-7626642

ประเด็นยุทธศาสตร์	**2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**7.ร้อยละอำเภอที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District) ตามเกณฑ์ที่กำหนด**
คำนิยาม	**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง **ยา** ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา **จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province)** หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบาย ระบบและโครงสร้าง กระบวนการ และการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยา สมเหตุผล” การพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) และการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) **อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District)** หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจน มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย **โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)** หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน) **หน่วยบริการปฐมภูมิส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU)** หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น **การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)** หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	**รอบ เดือนกรกฎาคม**
อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 2 อำเภอ	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 10 อำเภอ

วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัดและอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	**1. คณะกรรมการ/ คณะทำงาน ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ** มีคำสั่งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการระดับนโยบายของอำเภอ และ/หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ/หรือ เครือข่ายเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล **2. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)** ดำเนินงาน ตัวชี้วัด 12 ข้อ ข้อ 1-4 : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI), โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD), แผลสดอุบัติเหตุ (FTW) และสตรีคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL) (เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) ข้อ 5 : การไม่ใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป (ร้อยละ 0) ข้อ 6 : การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ 10) ข้อ 7 : การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (≥ ร้อยละ 80) ข้อ 8 : การไม่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (≤ ร้อยละ 5) ข้อ 9 : ผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid (≥ ร้อยละ 80) ข้อ 10 : การใช้ยา Long acting benzodiazepine ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ (≤ ร้อยละ 5) ข้อ 11 : ลดใช้ยาต้านฮีสเตมีนชนิด Non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (≤ ร้อยละ 20) ข้อ 12 : การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ Warfarin*, Statins, Ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) (0 ราย) **3. หน่วยบริการปฐมภูมิส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU)** ดำเนินงาน ตัวชี้วัด 2 ข้อ ข้อ 1 : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI) (≤ ร้อยละ 20) ข้อ 2 : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) (≤ ร้อยละ 20) **4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)** ดำเนินงาน ดังนี้ - ใน 1 อำเภอ มีร้านชำปลอดยาอันตราย อย่างน้อย 1 แห่ง

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย

1. มีคำสั่งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการระดับนโยบายของอำเภอ และ/หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ/หรือ เครือข่ายเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล
2. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดอย่างน้อย 10 ข้อ
3. หน่วยบริการปฐมภูมิส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 2 ข้อ อย่างน้อยร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) มีร้านชำปลอดยาอันตราย อย่างน้อย 1 แห่ง

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
1	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 2 อำเภอ
2	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 4 อำเภอ
3	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 6 อำเภอ
4	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 8 อำเภอ
5	อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 10 อำเภอ

รอบการประเมิน	เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
กุมภาพันธ์ 2565	ร้อยละ 20 (2 อำเภอ)	10	-	20	30	40
กรกฎาคม 2565	ร้อยละ 100 (10 อำเภอ)	20	40	60	80	100

วิธีการประเมินผล :	ติดตามผลการดำเนินงาน RDU Hospital รายไตรมาส ผ่านการรายงานข้อมูลในฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (HDC) และการนิเทศติดตามงานในเครือข่ายระดับอำเภอ
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (HDC)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2560	2561	2562	2563
	ระดับความสำเร็จ (1, 2, 3, 4, 5)	ระดับ 1 (100%)	ระดับ 2 (80%) ระดับ 5 (20%)	ระดับ 2 (70%) ระดับ 4 (10%) ระดับ 5 (20%)	ระดับ 2 (50%) ระดับ 4 (20%) ระดับ 5 (30%)

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2563
1	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1
2	โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2
3	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2
4	โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3
5	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2562 มีการดำเนินงาน RDU Hospital/ RDU PCU แต่ไม่มีการดำเนินงาน RDU Community

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) พบว่า จังหวัดตรังมีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลนาโยง และโรงพยาบาลห้วยยอด และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลปะเหลียน และโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 ทั้ง 10 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อำเภอรัษฎามีการดำเนินงาน RDU Community ในตำบลเขาไพร โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานออกตรวจประเมิน โครงการ “ยามตู้ยา” ตำบลเขาไพร อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง และดำเนินโครงการโดยอาศัยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเขาไพร (พชต.)

Baseline data

หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
ระดับความสำเร็จ (1, 2, 3, 4, 5)	ระดับ 2 (100%)

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
1	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1
2	โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2
3	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
4	โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
5	โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) พบว่า จังหวัดตรังมีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ทั้งหมด 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลนาโยง และโรงพยาบาลวังวิเศษ และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลปะเหลียน และโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 3 ทั้ง 10 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อำเภอรัษฎามีการดำเนินงาน RDU Community ในตำบลเขาไพร โดยมีการ ดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธันย์ชนก สินไชย เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทร 075-205625 ต่อ 131, 126
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทร 075-205625 ต่อ 131, 126
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวราณี โกวานิชย์ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทร 075-205625 ต่อ 131, 126

<table>
<tr><td>ประเด็นยุทธศาสตร์</td><td>2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>8.ระดับความสำเร็จของอำเภอในการป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย จังหวัดตรัง</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ระดับความสำเร็จการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย หมายถึง เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดหรือไม่ให้เกิดการ ฆ่าตัวตาย และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ให้กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย :</td><td>1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 90)
<table>
<tr><th>เดือนกุมภาพันธ์ 2565</th><th>เดือนกรกฎาคม 2565</th></tr>
<tr><td>เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 50</td><td>เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอผ่าน
ระดับดี ร้อยละ 80
ระดับดีมาก ร้อยละ 20</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1. เพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน
2. เพื่อให้ทราบสถานกาณ์การฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. เพื่อทำการติดตาม ดูแล ไม่ให้กลุ่มเสี่ยงกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ที่มีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามแบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และไม่สำเร็จ ได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและ ส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วย บริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ/สถานบริการ ตามแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง
2. แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S
3. แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต
4. แบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S
5. แบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย: กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 5.)
6. การบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต และบันทึกการติดตามเยี่ยม ที่มารับบริการในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) ตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดตรัง</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ข้อมูลสถิติHDC และแบบรายงานกรมสุขภาพจิต</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A= จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนประชากรกลางปี จังหวัดตรัง</td></tr>
</table>

รายงานข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
รายงานข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังไม่เสียชีวิตในปีที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.(A / B) / x 100 2.(C / D) / x 100
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ (ตัดข้อมูล 30 มกราคม 2565) ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม (ตัดข้อมูล 30 มิถุนายน 2565)

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	คะแนน
	>=5.9 ต่อประชากรแสนคน	5
	6 – 6.9ต่อประชากรแสนคน	4
	7 - 7.9 ต่อแสนประชากร	3
	8 – 8.9 ต่อแสนประชากร	2
	<9 ต่อแสนประชากร	1
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	>=99	5
	96 – 98.9	4
	93 – 95.9	3
	90 – 92.9	2
	<90	1

ระดับความสำเร็จ

2 – 3 คะแนน เป็น ระดับ ปรับปรุง 4 – 5 คะแนน ระดับ พอใช้

6 – 7 คะแนน ระดับ ดี 8 – 9 คะแนน ระดับ ดีมาก

10 คะแนน ระดับ ดีเด่น

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

รอบการประเมิน	**เกณฑ์เป้าหมาย**	**เกณฑ์การให้คะแนน**				
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
กุมภาพันธ์ 2565	ระดับดี	30	40	50	60	70
กรกฎาคม 2565	ระดับดี	60	70	80	90	100
	ระดับดีมาก	10		20		30

เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงานของกรมสุขภาพจิต แบบรายงานจาก 43 แฟ้ม

<table>
<tr><td>Base lined data</td><td>

ข้อมูลระดับจังหวัด ปี 2561 - 2564

<table>
<tr><th>ตัวชี้วัด</th><th>เกณฑ์</th><th>ปี2561</th><th>ปี2562</th><th>ปี2563</th><th>ปี2564</th></tr>
<tr><td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</td><td><=8.0 ต่อแสนประชากร</td><td>7.17</td><td>14.57</td><td>11.26</td><td>10.71</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำซ้ำในระยะ 1 ปี</td><td>ร้อยละ90</td><td>NA</td><td>NA</td><td>97</td><td>97.45</td></tr>
</table>

ข้อมูลระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ปี 2564

<table>
<tr><td>เครือข่ายสุขภาพ</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำซ้ำในระยะ 1 ปี</td></tr>
<tr><td>เมืองตรัง</td><td>14.82</td><td>99.23</td></tr>
<tr><td>กันตัง</td><td>4.26</td><td>96.66</td></tr>
<tr><td>ย่านตาขาว</td><td>7.54</td><td>95.23</td></tr>
<tr><td>ปะเหลียน</td><td>5.45</td><td>100</td></tr>
<tr><td>สิเกา</td><td>13.14</td><td>100</td></tr>
<tr><td>ห้วยยอด</td><td>12.96</td><td>96.10</td></tr>
<tr><td>วังวิเศษ</td><td>11.43</td><td>100</td></tr>
<tr><td>นาโยง</td><td>13.59</td><td>100</td></tr>
<tr><td>รัษฎา</td><td>22.24</td><td>72.72</td></tr>
<tr><td>หาดสำราญฯ</td><td>10.71</td><td>100</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**</td><td>งานสุขภาพจิต สถานบริการทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**</td><td>นางสาวกันตา ลิ่มวัน
เบอร์โทร 0969565251</td></tr>
<tr><td>**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**</td><td>นายศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์
เบอร์โทร 0819684636   Email supchartk@gmail.com</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์	**2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**9.ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย**
คำนิยาม	1.การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2.หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง รพศ.,รพช. และรพ.สต. 3.ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนไทย ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสั่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง 4.ยากัญชา หมายถึง ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

เกณฑ์เป้าหมาย :

ครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

1. ร้อยละของสถานบริการมีการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้
   - 1.1 มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และทางการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด
   - 1.2 มีประชุมเตรียมความพร้อมการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และทางการแพทย์แผนไทย ของ รพ./รพ.สต.
   - 1.3 ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการบันทึกข้อมูล
   - 1.4 มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการจัดบริการและมีระบบรายงานผลการดำเนินงาน
   - 1.5 รพ. มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย (วัน/เดือน/ปี ที่จะเปิดให้บริการ)

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน(แห่ง)	กุมภาพันธ์ 65
รพ.	**10**	ร้อยละ 70
รพ.สต.(ที่มีแพทย์แผนไทย)	33	ร้อยละ **70**
รวม	**43**	ร้อยละ **70**

ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

2. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน(แห่ง)	กรกฎาคม 65
รพ.	**10**	ร้อยละ 70
รพ.สต.(ที่มีแพทย์แผนไทย)	33	ร้อยละ **70**
รวม	**43**	ร้อยละ **70**

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรพ./รพ.สต. 2. เพื่อจัดกระบวนการในการเตรียมความพร้อมการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล/รพ.สต.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมรายงานผู้รับบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ใน รพ./รพ.สต. ทุกเดือน โดยจัดเก็บข้อมูลทุกวันที่ 15 ของเดือน และรายงานผลในการประชุมกวป. 2. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3. แบบรายงานผู้รับบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ใน รพ./รพ.สต. ระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่เปิดให้บริการใน รพ./รพ.สต.
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวน รพ./รพ.สต. ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ./รพ.สต. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย = (A1/B1) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	จำนวน 2 ครั้ง ในเดือนกุมภาพันธ์ และ กรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565

ครั้งที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์

สถานบริการมีการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้

1. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และทางการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด
2. มีประชุมเตรียมความพร้อมการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และทางการแพทย์แผนไทย ของ รพ./รพ.สต.
3. ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการบันทึกข้อมูล
4. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการจัดบริการและมีระบบรายงานผลการดำเนินงาน
5. รพ. มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย (วัน/เดือน/ปี ที่จะเปิดให้บริการ)

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน (แห่ง)	1	2	3	4	5
		ดำเนินการตาม				
รพ.	**10**	**ข้อ 1**	**ข้อ 1-2**	**ข้อ 1-3**	**ข้อ 1-4**	**ข้อ 1-5**
รพ.สต.(ที่มีแพทย์แผนไทย)	33	**ข้อ 1**	**ข้อ 1-2**	**ข้อ 1-3**	**ข้อ 1-4**	**ข้อ 1-5**
รวม	43	**ข้อ 1**	**ข้อ 1-2**	**ข้อ 1-3**	**ข้อ 1-4**	**ข้อ 1-5**

ครั้งที่ 2 เดือน กรกฎาคม

ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน (แห่ง)	เกณฑ์(ร้อยละ)	1	2	3	4	5
รพ.	**10**	70	50	60	70	80	90
รพ.สต.(ที่มีแพทย์แผนไทย)	33	**70**	50	60	70	80	90
รวม	43	**70**	50	60	70	80	90

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข
2. สรุปผลรายงานผู้รับบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ใน รพ./รพ.สต. ระดับจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562
3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ร้อยละของคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จังหวัดตรัง ย้อนหลัง 3 **ปี (ปี** 2562 -2564**)**

Baseline Data	จำนวน (แห่ง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 5 ปี (2562-2564)		
			2562	**2563**	**2564**
รพ.	10	**แห่ง**	-	2 (20%)	5 (50%)
รพ.สต.(ที่มีแพทย์แผนไทย)	33	**แห่ง**	-	-	2 (6.06%)
ทั้งจังหวัด	43	**แห่ง**	-	2 (4.65%)	7 **(**16.28%**)**

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 075 – 205615 ต่อ318 โทรศัพท์มือถือ : 081-396-8292
E-mail : tarunee@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล :

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
โทรศัพท์ 075-205615-22 ต่อ 318 และ 320

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน :

นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 075 – 205615 ต่อ318 โทรศัพท์มือถือ : 081-396-8292
E-mail : tarunee@gmail.com

ผู้ควบคุม/กำกับตัวชี้วัด

1. นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นายรัชพล สัมฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประเด็นยุทธศาสตร์	**2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**10.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**
คำนิยาม	**1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง** ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น **2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง** บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร, - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง** การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง** โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย :

สถานบริการสาธารณสุข	กุมภาพันธ์ 65	กรกฎาคม 65
รพศ./รพท.	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10
รพช.	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
รพ.สต.	ร้อยละ 37	ร้อยละ 37
ภาพรวม สสจ.	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 20.5

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ บันทึกข้อมูลประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย) ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 2.ผู้ดูแลตัวชี้วัด กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวบรวมข้อมูลในระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข(PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/LABOR/ COMMUNITY_SERVICE) จำแนกรายอำเภอและประเภทสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยตรวจสอบความถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์และประเมินผล 3.ผู้ดูแลตัวชี้วัด กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวบรวมผลการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกรายอำเภอ เดือนละ 1 ครั้ง และสรุปผลเป็นภาพรวม พร้อมรายงานผลดังนี้ ครั้งที่1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565 ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B/A) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	จำนวน 2 ครั้ง ในเดือนกุมภาพันธ์ และ กรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

สถานบริการสาธารณสุข	เกณฑ์(ร้อยละ)	1	2	3	4	5
รพศ./รพท.	10	8	9	10	11	12
รพช.	20	16	18	20	22	24
รพ.สต.	37	33	35	37	39	41
ภาพรวม	20.5	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5

วิธีการประเมินผล :	1.ผู้ดูแลตัวชี้วัด กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวบรวมและวิเคราะห์โดยใช้ฐานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ทุก3 เดือน ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายอำเภอ 2. ประสานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อติดตามการรายงานผลการดำเนินงาน และรับทราบปัญหาอุปสรรค 3. รวบรวมข้อมูลจากการนิเทศและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระดับจังหวัด 4.สรุปผลและจัดทำรายงานการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในแต่ละระดับ เสนอกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์และ ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ร้อยละของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดตรัง ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2560 -2564)

Baseline Data	2560		2561		2562		2563		2564	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผล งาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รพศ./รพท.	10	12.79	10	12.95	12	15.18	12	14.82	12	13.35
รพช.	20	18.21	20	16.62	20	17.03	20	16.22	20	12.37
รพ.สต.	30	36.95	30	39.54	25	36.44	25	35.34	30	35.47
จังหวัด	20	22.77	20	22.53	18.5	22.06	19.5	22.81	20.5	19.28

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายจรรรงค์ ลีสุรพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E- mail : chanlee580@gmail.com / โทรศัพท์ 091-527-7786
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล :	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทรศัพท์ 075-205615-22 ต่อ 318 และ 320
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน :	นายจรรรงค์ ลีสุรพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E- mail : chanlee580@gmail.com / โทรศัพท์ 091-527-7786
ผู้ควบคุม/กำกับตัวชี้วัด	1. นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายรัชพล สัมฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประเด็นยุทธศาสตร์	**2. ประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Service Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**11.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**
คำนิยาม	**1.ความสำเร็จของการรักษา** **ความสำเร็จของการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก(Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค **กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **ผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นจากบวกเป็นลบ **กลุ่มเป้าหมายผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น** การประเมินอัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Conversion rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	รอบ เดือนกันยายน
ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ (Conversion rate) ≥ร้อยละ 89	ประเมินความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ≥ร้อยละ 89

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u> 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ (Conversion rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
รายการข้อมูล 1 อัตราความสำเร็จการรักษา	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) <u>โดยครบรอบรายงานผลการรักษา</u> <u>ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565</u>
รายการข้อมูล 2 อัตราความสำเร็จการรักษา	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจากสูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา <u>ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564</u> B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)

รายการข้อมูล 1 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Conversion rate)	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุด ระยะเข้มข้นจากบวกเป็นลบ โดยครบรอบรายงานประเมิน ในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565
รายการข้อมูล 2 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ (Conversion rate) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจากสูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นจากบวกเป็นลบ โดยครบรอบรายงานผลการประเมิน ในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
ระยะเวลาประเมินผล	- อัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Conversion rate) ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 2 ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน : ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ≥ ร้อยละ 89

ปี 2565 :

ตัวชี้วัด	รอบกุมภาพันธ์ 2565	รอบกรกฎาคม 2565
๑.อัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Conversion rate)	≥ร้อยละ 89	-
๒.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	≥ร้อยละ 89

วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราการเปลี่ยนแปลงของเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) แยกเป็นระดับโรงพยาบาล และภาพรวมจังหวัด ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) แยกเป็นระดับโรงพยาบาล และภาพรวมจังหวัด
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2560	**2561**	**2562**	**2563**	**2564 (ไตรมาสที่ 1)**
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	90.71	88.75	90.11	89.41	94.38

เกณฑ์การให้คะแนน				
1	2	3	4	5
≤87	88	89	90	≥91

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	งานควบคุมโรคติดต่อ นางนงลักษณ์ ทวนชีพ เบอร์ติดต่อ 081-415-1588
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	งานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	งานควบคุมโรคติดต่อ นายธวัชชัย ล้วนแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์	**3. บุคลากรมีสมรรถนะและมีความสุข (People Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**12. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา**
คำนิยาม	**ตำแหน่งที่สูงขึ้น** หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ดังนี้ 1) รองผู้อำนวยการ 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์ 3) หัวหน้าพยาบาล 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 5) สาธารณสุขอำเภอ 6) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ **ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ 1 จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ **บุคลากรที่มีความพร้อม** หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติ และ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น **สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น** หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนดดังนี้ 1) สภาวะผู้นำ (Leadership) 2) วิสัยทัศน์ (Visioning) 3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation) 4) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership) 5) การควบคุมตนเอง (Self-Control) 6) การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others) **การพัฒนา** หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น 1) การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล 2) การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก 3) การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-learning ฯลฯ เป็นต้น **บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา** หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น **จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา** หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่างตามข้อ 2 **ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา** หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับจำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา

เกณฑ์เป้าหมาย : **ปีงบประมาณ 65**

เดือน กุมภาพันธ์ 2565	**เดือน กรกฎาคม 2565**
ระดับการพัฒนา ระดับ 3 กลุ่มเป้าหมาย 1. อบรม ผบก. สำหรับ หัวหน้ากลุ่มงาน/สาธารณสุขอำเภอ /ผอ.รพช. 2. อบรม ผบต. สำหรับ รองหัวหน้ากลุ่มงาน/ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ/ผอ.รพ.สต	ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนา

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรที่มีคุณสมบัติ/ความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนการพัฒนาบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ HROPS 2. แบบรายงาน ของกลุ่มงาน ของ สสจ.ตรัง /สสอ./รพช.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงานผล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

1	2	3	4	5
มีการสำรวจตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น	1+ มีการวิเคราะห์และคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	1+2+ มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับตำแหน่งที่สูงขึ้น	1+2+3 บุคลากรได้รับการพัฒนา	1-4 + ได้รับการพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์	**คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
ร้อยละ 80	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>- วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS
- วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>-</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งเป้าหมายที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นายบุญฤทธิ์ ปราบรัตน์ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 075 205615 โทรศัพท์มือถือ : 081 9584236
โทรสาร : 075205623
E-mail : rit1207@gmail.com</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ประเด็นยุทธศาสตร์</td><td>3. บุคลากรมีสมรรถนะและมีความสุข (People Excellence)</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>หน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัด</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>13. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
13.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
13.2 ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
-ระดับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย : ปีงบประมาณ 2565
<table>
<tr><th>กุมภาพันธ์</th><th>กรกฎาคม</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)</td><td>ระดับที่ 4
(ประเมินตนเองและส่งเอกสารขอเข้ารับการประเมิน)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) สามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
1) ข้าราชการ
2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
3) พนักงานราชการ
4) ลูกจ้างประจำ
5) ลูกจ้างชั่วคราว
2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3) ระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)</td></tr>
</table>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH 2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จากคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับหน่วยงาน) มายัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง
รายการข้อมูล 52.1	A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน
	B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน กุมภาพันธ์ 2565
รายการข้อมูล 52.2 (2)	A3 = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านการพัฒนาระดับ 4
	B3 = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (20 หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565:

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565 (บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)

เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

1	2	3	4	5
บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer	มีการจัดทำแผนการพัฒนาตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	มีการดำเนินการตามแผน	การประเมินตนเองและส่งเอกสารขอรับการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ผ่านการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

<table>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)
2. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>-</td><td>จำนวน</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ 63.35</td><td>จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
• จังหวัดที่มี รพช./สสอ. ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นายบุญฤทธิ์ ปราบรัตน์ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 075 205615 ต่อ 206 โทรศัพท์มือถือ : 081 9584236
โทรสาร : 075205623 E-mail : rit1207@gmail.com</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์	**4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**14.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว**
คำนิยาม	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU/NPCU) 2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว 3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	รอบ เดือนกรกฎาคม
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสม) ร้อยละ 90 (113 แห่ง)	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสม) ร้อยละ 100 (125 แห่ง)

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตรัง จำนวน 125 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ระบบรายงานที่ส่วนกลางกำหนด - รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ(http://gishealth.moph.go.th/pcu)

แหล่งข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ สสอ.ทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) *<u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา*</u>*
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565 :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	**รอบ เดือนกรกฎาคม**
1. ชี้แจงคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565 ให้แก่ รพ.สต. ที่ต้องได้รับการประเมินฯ ปี 2565 (18 แห่ง) รพ.สต.ที่ต้องได้รับการ Re-ac (40 แห่ง) และ สสอ.ทุกแห่ง 2. ประชุมทีมประเมินฯ ระดับจังหวัด เพื่อเตรียมการลงประเมินฯ 3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100 4. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนา โดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 5. ทีมประเมินฯ ระดับจังหวัดลงประเมิน รพ.สต.เป้าหมาย (18 แห่ง)	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงาน (แบบสะสม)**				
		2560	**2561**	**2562**	**2563**	**2564**
125 (แห่ง)	ร้อยละ(สะสม)	8.8 (11)	32.00 (40)	70.08 (76)	85.60 (107)	85.60 (107)

เกณฑ์การให้คะแนน

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**	- นางสาวกนกอร ณ พัทลุง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (รับผิดชอบหลัก) โทร. 097 079 9747 - นางรัตนา ปราบเขต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (รับผิดชอบรอง) โทร. 089 731 7126 - นายทรงวุฒิ ท่าจีน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (รับผิดชอบรอง) โทร. 062 654 5519 E-mail : qualitytrang@gmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นายรัชพล สัมฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร.088 762 6642

ประเด็นยุทธศาสตร์	4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	15.อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	**คุณภาพข้อมูล** หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูล**บุคคล (Person)** ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 (เลขประจำตัวประชาชนตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล 2. ข้อมูลเพศ (SEX) - ตรงตามรหัสมาตรฐาน (1=ชาย, 2= หญิง) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) - ค่าต้องไม่ติดลบและไม่เกิน 120 ปี 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

	คุณภาพข้อมูลต้องได้ตามเกณฑ์คุณภาพ 3 มิติ ประกอบด้วย 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	**รอบ เดือนกรกฎาคม**
คุณภาพข้อมูลร้อยละ 70	คุณภาพข้อมูลร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2.เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. Health data center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100
ระยะเวลา ประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565 : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	รอบ เดือนกรกฎาคม
ทุกอำเภอร้อยละ 70	ทุกอำเภอร้อยละ 80

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติมีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติมีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติมีค่าระหว่าง	96.00 – 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติมีค่าระหว่าง	97.00 – 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติมีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน รอบ 3 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1

เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2

เกณฑ์การประเมิน รอบ 9 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3

เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล x 100 / จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ 80	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

- จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายอำเภอ

<table>
<tr><td></td><td>- จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559
2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล
3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (http://spd.moph.go.th/healthdata/)
4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) (http://spd.moph.go.th/healthdata/)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr>
<tr><td>1.ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)</td><td rowspan="6">ร้อยละ</td><td>98.90</td><td>98.95</td><td>98.95</td><td>99.30</td><td>99.31</td></tr>
<tr><td>2. ข้อมูลเพศ (SEX)</td><td>100.00</td><td>100.00</td><td>100.00</td><td>100.00</td><td>100.00</td></tr>
<tr><td>3.ข้อมูลวันเกิด</td><td>99.98</td><td>99.98</td><td>99.98</td><td>100.00</td><td>100.00</td></tr>
<tr><td>4.ข้อมูลสัญชาติ</td><td>86.97</td><td>86.25</td><td>84.62</td><td>88.63</td><td>88.85</td></tr>
<tr><td>5.ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย</td><td>91.45</td><td>84.45</td><td>82.82</td><td>84.13</td><td>82.73</td></tr>
<tr><td>คุณภาพข้อมูล</td><td>95.46</td><td>93.93</td><td>93.27</td><td>94.41</td><td>94.18</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นายกฤษณะ ดีชูศร เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
โทรศัพท์ 0836440166
สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นายปราโมทย์ แก่นอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ 0815697339
สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์	**4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**16. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 8 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (8) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ เดือนกุมภาพันธ์	**รอบ เดือนกรกฎาคม**
82	92

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อเพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**รวมทั้งสิ้น จำนวน 21 แห่ง** จำแนกเป็น 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 หน่วยงาน 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 หน่วยงาน 3. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 แห่ง 4. โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้ **ไตรมาสที่ 1**: ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ); **ไตรมาสที่ 2**: ร้อยละ 82; **ไตรมาสที่ 3**: ร้อยละ 87; **ไตรมาสที่ 4**: ร้อยละ 92
แหล่งข้อมูล	1.เว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 21 เว็บไซต์ 2. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (20 หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A × 100/ B
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2565

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92

ปี 2565:ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565

เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ 82	ร้อยละ 72	ร้อยละ 77	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92

รอบที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2565

เกณฑ์	คะแนนตามค่าระดับเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ 92	ร้อยละ 84	ร้อยละ 88	ร้อยละ 92	ร้อยละ 96	ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน 21 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ MOIT 1–MOIT 5

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 1 ข้อ (ของ MOIT1-MOIT5)
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 2 ข้อ (ของ MOIT1-MOIT5)
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ MOIT1-MOIT5)
4	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ MOIT1-MOIT5)
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 5 ข้อ (ของ MOIT1-MOIT5)

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT 1- MOIT 22)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 82

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT 1- MOIT 22)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 87

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

<table>
<tr><td></td><td>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)
ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT 1-MOIT 22)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 92
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
<table>
<tr><th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>82</td><td>87</td><td>92</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.
2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สสจ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td><td>ร้อยละ</td><td>100
ผ่าน 21 หน่วยงาน (จาก 21 หน่วยงาน)</td><td>71.43
ผ่าน 14 หน่วยงาน (จาก 21 หน่วยงาน)</td><td>42.86
ผ่าน 8 หน่วยงาน (จาก 21 หน่วยงาน)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นางจารุณี สายทองแท้ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
โทร 089 7734441</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</td><td>งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
นางฐิตาพร แก้วเพ็ง
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
086 9454433</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์	**4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)**
ระดับการแสดงผล	**ระดับจังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัด	**17.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6-7**
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดสถานะทางการเงิน 7 ระดับ (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ดังนี้ 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วยหนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยสินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) = (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. เงินทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5. รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่ายนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ 1.1 Current Ratio : CR เกณฑ์ ≥ 1.5 1.2 Quick Ratio : QR เกณฑ์ ≥ 1.0 1.3 Cash Ratio เกณฑ์ ≥ 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน เงินทุนหมุนเวียน (NWC) > 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดหน่าย : Net Income NI) NI > 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนหมดภายใน 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนหมดภายใน 6 เดือน *โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนหมดภายใน 3 เดือน เป็น 2 คะแนน และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ นำเงื่อนไขข้างต้น มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน แบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้ 1. สถานะทางการเงินปกติ ระดับ 0-1 2. เริ่มขาดสภาพคล่อง ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน 3. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน 4. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 6 เดือน 5. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน 6. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน 7. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

เกณฑ์เป้าหมาย :	

รอบ เดือนกุมภาพันธ์ 2565	**รอบ เดือนกรกฎาคม 2565**
ไม่มีระดับ 6-7	ไม่มีระดับ 6-7

วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2.เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินสถานะทางการเงินของหน่วยบริการ จะทำการประเมินทุกเดือน โดยใช้ข้อมูลงบการเงินที่หน่วยบริการส่งผ่านหน้าเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo65.cfo.in.th/) ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป มาวิเคราะห์สถานะทางการเงิน (Risk Scoring)
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo65.cfo.in.th/)
รายการข้อมูล 1	1.ตัวตั้ง A1 = จำนวนโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 2.ตัวตั้ง A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1+A2)/B x 100
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนกรกฎาคม 2564

เกณฑ์การประเมิน/เกณฑ์การให้คะแนน :

1. เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
Risk Score ระดับ 6-7	≥ ร้อยละ 40	ร้อยละ 30	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 0

2. เกณฑ์การให้คะแนนระดับหน่วยบริการ

ระดับคะแนน	0	1	2	3	4	5
Risk Score	6-7	5	4	3	2	0-1

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลสถานะทางการเงินของหน่วยบริการจากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

หน่วยวัด	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ**				
	2560	**2561**	**2562**	**2563**	**2564**
ร้อยละ	20	20	0	0	10

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสิทธิชัย จันทร์สีดำ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง **0816910562**
ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน	นางฐิติมา เจนศุภการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง **0862683810**