



# แผนปฏิบัติการ ประจำปี 2569

โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์



## คำนำ

การจัดทำแผนปฏิบัติการฉบับนี้ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้ใช้แนวทางตามรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติการ (MOU) ระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ 2569 ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Protion Prevention and Protection : PP&Excellence) 2)ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้พิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงประเด็นตรวจราชการประเด็นหรือจุดเน้นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิและประเด็นปัญหาของจังหวัดชัยภูมิ เพทหาใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว

โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนปฏิบัติการฉบับนี้ จะสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติหรือเครื่องมือในการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับรวมทั้งติดตามประเมินผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน ครบถ้วน ส่งผลถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ต่อไป

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

19 มีนาคม 2569

## สารบัญ

นโยบายที่เกี่ยวข้อง	ก
ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ 2569	ข
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ	3
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	8
ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	9
ตัวชี้วัดที่ 5 ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละต่อปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เพียงขึ้นไป (Proxy: ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดนก ระดับพอเพียงขึ้นไป	10
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	11
ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง	15
ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัดเป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ	16
ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย	17
ตัวชี้วัดที่ 10 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	21
ตัวชี้วัดที่ 11 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64	26
ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	26
ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	28
ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของประชาชนที่มีรับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	29
ตัวชี้วัดที่ 15 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC29	31
ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	33
ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำตัวชี้วัดที่ 18 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	37
ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	39
ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	40
ตัวชี้วัดที่ 21 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	42

## สารบัญ (ต่อ)

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	46
ตัวชี้วัดที่ 24 สัดส่วนการกระจาย แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	47
ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	48
ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด	50
ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score 102	54
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่กำหนด	55
ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละที่เพิ่มของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีศักยภาพ ในการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจสุขภาพ	56
ตัวชี้วัดที่ 30 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	59
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราการเสพยา ของผู้ป่วยยาเสพติดลดลง	60
ตัวชี้วัดที่ 32 ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD ลดลง (เปิดสิทธิ-รับยา) ลดลงร้อยละ 20 จาก BASELINE	61
ตัวชี้วัดที่ 33 ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งเต้านมเข้าถึงการรักษา (ACCESS TO CARE)ภายในเวลาที่กำหนด	62
ตัวชี้วัดที่ 34 ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการ DIALYSIS ไกล่บ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จาก BASELINE	63
ตัวชี้วัดที่ 35 ผู้ป่วย DM มีค่า HbA1c < 7 ร้อยละ 40 และผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C ครบ 2 ครั้ง $\geq 90\%$ ภายใน 30 มิถุนายน 2569	64
ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค (PA) $\geq$ ร้อยละ 88	65
ตัวชี้วัดที่ 37 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TOTAL PERFORMANCE SCORE : TPS) ผ่านเกณฑ์ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 60ตัว	67
ชี้วัดที่ 38 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพิ่มขึ้น 200 รายการ	69
ตัวชี้วัดที่ 39 รพศ./รพท. ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 27001	70
ตัวชี้วัดที่ 40 ความครอบคลุมในการให้วัคซีนพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	71
ตัวชี้วัดที่ 41 เปรียบเทียบการลงนามสัญญาางบลงทุน	72
ตัวชี้วัดที่ 42 ลำดับรวมผลงานเขตสุขภาพ ไม่เกินลำดับ 3 ของประเทศจากการรวบรวมรายงาน การประชุมติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (TMM)	73
ตัวชี้วัดที่ 43 นิตหมายผู้ป่วยออนไลน์เป็นรายชั่วโมง	74
ตัวชี้วัดที่ 44 ออกแบบและพัฒนาารูปแบบการบริการปฐมภูมิในการให้บริการ/คัดค้านวัตกรรมสำหรับผู้ป่วย ในคลินิกสร้างสุขใกล้บ้าน และสามารถวัด OUTCOME สุขภาพได้	74

## สารบัญ (ต่อ)

ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละการใช้พลังงานทางเลือกเพิ่มขึ้นร้อยละ	75
ตัวชี้วัดที่ 46 หน่วยบริการสามารถจ่ายค่าตอบแทน OT ของเดือนที่ผ่านมา ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนถัดไป	76
ตัวชี้วัดที่ 47 การบริหารตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4 (ราย 16 หน่วยงาน)	76
ตัวชี้วัดที่ 48 บุคลากรเข้าสู่ระบบ HiPPS	77
ตัวชี้วัดที่ 49 มีการพัฒนาผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณสุขไทย (HAS) ร้อยละ 85 (รวมทุกประเภท)	78
ตัวชี้วัดที่ 50 อปท. มีการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านสู่มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย	80
ตัวชี้วัดที่ 51 ร้อยละของพื้นที่เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต. ขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่เมือง สุขภาพดี (Healthy City)	82
ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	84
ตัวชี้วัดที่ 53 ระดับความสำเร็จงานอาชีวอนามัยภาคอุตสาหกรรมและในสถานบริการสาธารณสุข	86
ตัวชี้วัดที่ 54 ร้อยละ 40 ของ อปท. ผ่านการประเมินมาตรฐาน EHA ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป	89
ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละ 60 ของ อปท. (เทศบาล/อบต.) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎหมาย	91
ตัวชี้วัดที่ 56 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระดับมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐาน/กฎหมายกำหนด	93
แผนประมาณการจัดทำโครงการของโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569	97



งานนำเสนอ

# แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

ปี 2569

# วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์เป็น โรงพยาบาลคุณภาพ  
นวัตกรรมเด่น เครือข่ายเข้มแข็ง ประชาชนสุขภาพดี”

## คำจำกัดความ

- **โรงพยาบาลคุณภาพ** หมายถึง โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานการบริการทางการแพทย์และการบริหารจัดการที่เป็นที่ยอมรับ ทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- **นวัตกรรมเด่น** หมายถึง การนำเทคโนโลยี แนวคิด และวิธีการใหม่ ๆ มาพัฒนาบริการสุขภาพและการทำงาน เพื่อสร้างความแตกต่างและตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของประชาชน
- **เครือข่ายเข้มแข็ง** หมายถึง การทำงานร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอก ทั้งภาครัฐ ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการและทั่วถึง
- **ประชาชนสุขภาพดี** หมายถึง เป้าหมายสูงสุดที่ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างยั่งยืน



## พันธกิจโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

1

● ให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มุ่งเน้นมาตรฐานการรักษา การดูแลผู้ป่วยและการบริการที่เป็นมิตรเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างทั่วถึง

2

● พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการแพทย์

ส่งเสริมการวิจัยและการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการดูแลรักษา

3

● สร้างและเสริมความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ

ทำงานเชิงรุกกับหน่วยงานรัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพทุกระดับ

4

● พัฒนาศักยภาพบุคลากรและองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ยกระดับความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะของบุคลากรทุกวิชาชีพ เพื่อให้บริการอย่างมืออาชีพ

5

● มุ่งสู่สุขภาวะที่ดีของประชาชนในพื้นที่

ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

## พันธกิจโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

พันธกิจทั้ง 5 ข้อนี้เชื่อมโยงตรงกับแต่ละส่วนของวิสัยทัศน์

- “โรงพยาบาลคุณภาพ” → พันธกิจข้อ 1 และ 4
- “นวัตกรรมเด่น” → พันธกิจข้อ 2
- “เครือข่ายเข้มแข็ง” → พันธกิจข้อ 3
- “ประชาชนสุขภาพดี” → พันธกิจข้อ 5



## ค่านิยมองค์กร **“KASET”**

**A – Active (ทำงานเชิงรุก)**  
พร้อมพัฒนาและริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ

**E – Engage (ร่วมมือ ร่วมใจ)**  
ทำงานเป็นทีม เชื่อมโยง  
เครือข่ายเข้มแข็ง



**K – Kind (เมตตา ใส่ใจ)**  
ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจและ  
ความเอื้ออาทร



**S – Smart (บริการคุณภาพ  
ฉลาดใช้ทรัพยากร)**  
ทำงานอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และ  
ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า



**T – Trust (เชื่อมั่นได้)**  
โปร่งใส รับผิดชอบ สร้าง  
ความไว้วางใจแก่ประชาชน

## กลยุทธ์จาก TOWS Matrix สำหรับโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

<p><b>ปัจจัยภายใน</b></p> <p><b>ปัจจัยภายนอก</b></p>	<p>(S) Strengths (จุดแข็ง) ข้อได้เปรียบหรือสิ่งที่ทำได้ดี ช่วยสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย</li> <li>มีฐานลูกค้าหรือผู้ใช้บริการประจำจำนวนมาก</li> <li>ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>มีการพยากรณ์ทางการเงินเพียงพอสำหรับการพัฒนา</li> <li>ทำเลที่ตั้งเหมาะสมและเข้าถึงง่าย</li> <li>มีทีมงานที่ทำงานเป็นระบบและร่วมมือกันได้ดี</li> <li>มีนวัตกรรมหรือบริการที่แตกต่างจากคู่แข่ง</li> <li>มีการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>	<p>(W) Weaknesses (จุดอ่อน) ข้อด้อยหรือปัญหาภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ</li> <li>งบประมาณสำหรับการลงทุนในอนาคตจำกัด</li> <li>กระบวนการทำงานบางส่วนล่าช้าและซับซ้อน</li> <li>ขนาดการวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างจริงจัง</li> <li>การบริการบางอย่างยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ</li> <li>พื้นที่ให้บริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกยังไม่เพียงพอ</li> <li>บุคลากรบางส่วนขาดสมรรถนะเฉพาะที่จำเป็น</li> </ol>
<p>(O) <b>ปัจจัยภายนอกที่สามารถใช้เป็นโอกาสในการเติบโต</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น</li> <li>การสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น งบประมาณ หรือโครงการส่งเสริม</li> <li>พื้นที่อุดมสมบูรณ์ ชลประทานที่ดี เศรษฐกิจดี</li> <li>ประชาชนเข้าถึงบริการง่าย การคมนาคมสะดวก</li> <li>การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน</li> <li>การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย หรือองค์กรอื่น ๆ</li> <li>โอกาสเข้าถึงแหล่งทุนใหม่ เช่น กองทุนวิจัยหรือเอกชนสนับสนุน</li> <li>การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการที่เอื้อต่อบริการใหม่ๆ</li> <li>โอกาสในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ยังไม่มีในบริการ</li> </ol>	<p><b>SO Strategies</b> (ยุทธศาสตร์เชิงรุก: ใช้จุดแข็งคว้าโอกาส)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SO1: พัฒนาศูนย์บริการเชิงรุกและขยายเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน</li> <li>SO2: สร้างนวัตกรรมบริการทางการแพทย์และสุขภาพ</li> <li>SO3: ยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการบริหารจัดการ</li> </ul>	<p><b>WO Strategies</b> (ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา: แก้จุดอ่อนโดยใช้โอกาส)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WO1: พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางและเพิ่มขีดความสามารถ</li> <li>WO2: ปรับปรุงกระบวนการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก</li> <li>WO3: ส่งเสริมการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา</li> </ul>

## กลยุทธ์จาก TOWS Matrix สำหรับโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

<p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยภายใน</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยภายนอก</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>(S)</b> <b>Strengths (จุดแข็ง)</b> ข้อได้เปรียบหรือสิ่งที่ทำได้ดี ช่วยสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย</li> <li>2. มีฐานลูกค้าหรือผู้ใช้บริการประจำจำนวนมาก</li> <li>3. ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>4. มีทรัพยากรทางการเงินเพียงพอสำหรับการพัฒนา</li> <li>5. ค่าเล่าที่ต่ำเหมาะสมและเข้าถึงง่าย</li> <li>6. มีทีมงานที่ทำงานเป็นระบบและร่วมมือกันเป็นอย่างดี</li> <li>7. มีนวัตกรรมหรือบริการที่แตกต่างจากคู่แข่ง</li> <li>8. มีการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>(W)</b> <b>Weaknesses (จุดอ่อน)</b> ข้อด้อยหรือปัญหาภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ</li> <li>2. ขนประเภทรายการบริการลงทุนในอัตรากำหนด</li> <li>3. กระบวนการทำงานบางส่วนซ้ำซ้อนและซับซ้อน</li> <li>4. ขาดการก้าวทันหรือการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างจริงจัง</li> <li>5. การบริการบางอย่างยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ</li> <li>6. พื้นที่ให้บริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกยังไม่เพียงพอ</li> <li>7. บุคลากรบางส่วนขาดสมรรถนะเฉพาะที่จำเป็น</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>(T)</b> <b>ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือกฎระเบียบของรัฐ</li> <li>2. ภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวหรือความผันผวนของตลาด</li> <li>3. การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องลงทุนสูง</li> <li>4. ความเสี่ยงจากโรคระบาดหรือภัยพิบัติธรรมชาติ</li> <li>5. การลดลงของผู้รับบริการทำให้มีการตามจ่ายค่าบริการโรงพยาบาลข้างเคียงเพิ่มมากยิ่งขึ้น</li> <li>6. ปัญหาสิ่งแวดล้อมหรือข้อกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมเข้มงวดขึ้น</li> <li>7. ความเสี่ยงด้านชื่อเสียงจากการบริการหรือข้อผิดพลาดเล็กน้อย</li> <li>8. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด/สุรา ในชุมชน</li> <li>9. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ST Strategies</b> <b>(ยุทธศาสตร์เชิงรับ: ใช้จุดแข็งรับมือภัยคุกคาม)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ST1: สร้างความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง</li> <li>• ST2: เสริมสร้างความเชื่อมั่นและชื่อเสียงของโรงพยาบาล</li> <li>• ST3: พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>WT Strategies</b> <b>(ยุทธศาสตร์เชิงพลิกแพลง: ลดจุดอ่อนและหลีกเลี่ยงภัยคุกคาม)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• WT1: เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณและการลงทุน</li> <li>• WT2: พัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่ม</li> <li>• WT3: สร้างความร่วมมือเพื่อรับมือกับภัยคุกคามด้านสาธารณสุข</li> </ul>

## ยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์



### 1. พัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ

- ยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการรักษา
- ปรับปรุงกระบวนการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวก
- พัฒนาบริการเฉพาะกลุ่มและสร้างความเชื่อมั่นในชื่อเสียง

### 2. นวัตกรรมและการขยายเครือข่ายสุขภาพชุมชน

- พัฒนาบริการเชิงรุกและขยายเครือข่ายชุมชน
- สร้างนวัตกรรมด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพ
- พัฒนาระบบดูแลสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุและปัญหาเฉพาะพื้นที่



### 3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการบริหารจัดการ

- พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางและเพิ่มขีดความสามารถ
- สร้างความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณและการลงทุน

### 4. การวิจัย พัฒนา และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

- ส่งเสริมการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา
- ใช้ข้อมูลเชิงลึกในการวางแผนบริการและกลยุทธ์
- สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อจัดการภัยคุกคามด้านสาธารณสุข



### ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรมต่อการเกิดมีชีพแสนคน

#### ตัวชี้วัด Proxy

- 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75
- 2) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 75
- 3) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 65
- 4) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน  $\geq$  ร้อยละ 90
- 5) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 65
- 6) หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75
- 7) หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ  $<$  20
- 8) ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ  $\leq$  8

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
15	14	14

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน

**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :**

เมื่อมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย
  - แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง
  - ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง
3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
4. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย
  - ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน <https://mpdsr.anamai.moph.go.th> ภายใน 24 ชั่วโมง
  - ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
  - รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน <https://mpdsr.anamai.moph.go.th> แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน
5. กองมารดาและทารก กรมอนามัย
  - รายงานผลการดำเนินงานในระบบ DOH Death Board กรมอนามัย ทุกวันที่ 20 ของเดือน
  - รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ทุก 3 เดือน
  - วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดา และทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

## ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

- ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ
- ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการแล้วพบสงสัยล่าช้า
- ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)

คำนิยามเพิ่มเติม

- การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
- เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88

#### วิธีการประเมินผล :

ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน

#### ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
3. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้ว ผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

## ตัวชี้วัดที่ 2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

- ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
- ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง
- เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ แยกเพศชาย/หญิง (เซนติเมตร)

### คำอธิบาย :

- เด็กอายุ 0 -5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ.2563 หมายถึง กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กอายุ0-5 ปี ขององค์การอนามัยโลก ปีพ.ศ.2558 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ5-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ.2563 โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 เป็นต้นไป
- สูงดี หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ  $-1.5$  SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ
- สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง  $+1.5$  SD ถึง  $-1.5$  SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง
- สูงดีสมส่วน หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)
- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง 6 ปี หรือก่อนเข้าชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

### เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ			
		2566	2567	2568	2569
1) ร้อยละเด็ก0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	$\geq 66.0$	$\geq 68.0$	$\geq 70.0$	$\geq 72.0$
2) ความครอบคลุมเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง	ร้อยละ	$\geq 90.0$	$\geq 90.0$	$\geq 90.0$	$\geq 90.0$
-เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์ แยกเพศชาย/หญิง	ร้อยละ	-	-	-	-

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : เด็กอายุ 0-5 ปี

เกณฑ์การประเมิน :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับ  
ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม  
ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร

2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน  
ระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย  
บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition  
ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล : 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียน  
ระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

รายการข้อมูล 1 : A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน

A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง

A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการ  
วัดส่วนสูง

รายการข้อมูล 2 : B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

B2 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง

B3 = จำนวนเด็กเพศชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

B4 = จำนวนเด็กเพศหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : 1) ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน =  $(A1 / B1) \times 100$

2) ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง =  
 $(B2 / B1) \times 100$  3)

3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี =  $(A2 / B2)$

ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี =  $(A3 / B3)$

ระยะเวลาประเมินผล : ทุกไตรมาส

## ตัวชี้วัดที่ 2.2 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง เด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีฟัน น้ำนมที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใด ๆ อีก และไม่มีฟันน้ำนมถูกถอน จากโรคฟันผุ กรณีที่ เด็กอายุ 5 ปี มีฟันถาวรขึ้นฟันเหงือก จะไม่นับฟันถาวร โดย การเร่งรัดควบคุมโรคฟันผุ ด้วยการได้รับ บริการทา/เคลือบฟลูออไรด์ รวมถึงสาร ฟลูออไรด์เข้มข้น (ซิลเวอร์ไดออกไซด์ฟลูออไรด์) ในกลุ่มเสี่ยง การบูรณะฟัน ตาม ความจำเป็น รวมถึงการควบคุมฟันผุโดยวิธี SMART Technique (Simplified Modified Atraumatic Restorative Treatment หรือ Silver Modified Atraumatic Restorative Treatment) ซึ่งเป็นเทคนิคการ รักษาฟันผุด้วยการ กำจัดเนื้อฟันที่ผุออกเพียงบางส่วน โดยใช้เครื่องมือ (hand instrument) กำจัดเนื้อฟันที่ผุออก โดยไม่ใช้เครื่องกรอฟัน และใช้วัสดุบูรณะกลาสไอโอโนเมอร์ ที่มี ส่วนผสมของฟลูออไรด์บูรณะฟัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องปากใน กลุ่มเด็กปฐมวัย ลดการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควร และเพิ่ม Cavity free ของ เด็กปฐมวัย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
1.เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ 77	ร้อยละ 80	ร้อยละ 83
2.เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55

เกณฑ์การประเมิน :

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
2.เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ ช่องปาก	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากใน กลุ่มเด็กปฐมวัย ลดการสูญเสียฟันน้ำนม ก่อนวัยอันควร และเพิ่ม Cavity free ของ เด็กปฐมวัยประชากรกลุ่มผู้มีอายุ 0-5 ปี เป็นภาพรวมอำเภอ รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

หน่วยวัด : ร้อยละ 90

คำอธิบาย :

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547

การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการพัฒนา ตามเกณฑ์ ดังนี้ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (หมู่บ้านทั้งหมด) และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง

ระดับการพัฒนา หมายถึง ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 2) ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรม
- 3) ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
- 4) ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรม มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	
87 ตำบล	95 ตำบล	

พื้นที่เป้าหมาย :

พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547 ในแต่ละเรื่องแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : กำหนดเป้าหมายดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 124 ตำบล

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 3. มีหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงและแกนนำสุขภาพ ระดับตำบล/อำเภอ	1. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำและเครือข่ายในพื้นที่ 2. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชนเป้าหมาย มีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่	1. มีชุมชนจัดการสุขภาพ 1.1 มีชุมชน/หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 1.2 มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง	1. มีชุมชนจัดการสุขภาพ 1.1 มีชุมชน/หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 1.2 มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง

วิธีการประเมินผล : ประเมินโดยการใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ

#### ตัวชี้วัดที่ 4 : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities : HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ)

<https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/>

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

**หน่วยบริการ** หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการรักษาโรค พื้นฟูสุขภาพร่างกาย และจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดา และทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการ

**หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO)** หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป

**กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
82	83	84

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

หน่วยวัด : (ร้อยละต่อปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 [Proxy: ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มี ความรอบรู้สุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกระดับพอเพียงขึ้นไป]

คำอธิบาย :

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) หมายถึง โรคไข้หวัดนกเป็นโรคที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คนการติดต่อ เกิดจากได้รับเชื้อจากสัตว์ปีกที่ป่วย เช่น เป็ด ไก่ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น โคนม โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอ

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้เลี้ยงฟาร์มสัตว์ปีกรายย่อยที่ขึ้นทะเบียนกับ กรมปศุสัตว์ สัตว์ปีก ในจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่

- 1) ผู้เลี้ยงไก่เนื้อที่มีจำนวนสัตว์ <3,000 ตัว
- 2) ผู้เลี้ยงไก่ไข่ที่มีจำนวนสัตว์ <3,000 ตัว
- 3) ผู้เลี้ยงไก่พื้นเมืองที่มีจำนวนสัตว์ <100 ตัว
- 4) ผู้เลี้ยงเป็ดเนื้อไล่ทุ่ง
- 5) ผู้เลี้ยงเป็ดไข่ไล่ทุ่ง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก หมายถึง ทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลที่ เชื่อถือได้ และทักษะในการป้องกันโรคไข้หวัดนก

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =30)	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =35)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย - มีแผน และแนวทางสื่อสาร ความเสี่ยง - มี key message ในการ สื่อสารความเสี่ยง (กรต.+สสพ.)	- ทำเครื่องมือสำรวจความ รอบรู้สุขภาพ (กรต.) - จัดทำเนื้อหา สื่อต้นแบบ ในการสื่อสารความเสี่ยง (กรต.)	เผยแพร่สื่อ และ สนับสนุนสื่อให้แก่ เครือข่าย (สสพ.)	-ประเมินความรอบรู้ สุขภาพระดับจังหวัด -รวบรวมและสรุปผล ความรอบรู้สุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1) กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้

(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับ พลาสมากลูโคสในเลือดที่ เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า  $\geq 126$  mg/dl

(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับ พลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า  $\geq 110$  mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือด ที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า  $\geq 126$  mg/dl

หมายเหตุ :

1) ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่ม ที่ยังไม่มีการและลดขั้นตอน

2) กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล  $\geq 110$  mg/dl ต้องได้รับการตรวจ คัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป

2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ ยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและ เป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2566

หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ

หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้าน อยู่นอกเขต (Typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	$\geq$ ร้อยละ 50	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 70

## ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยได้รับการวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg

2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากรับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย  $\geq$  ร้อยละ 87 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM)  $\geq$  ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
$\geq$ ร้อยละ 85	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I10 - I15

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 80

**ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 84

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40

**ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี**

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA1c < 6.5 % และคงอยู่อย่างน้อย 90 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 10

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 10

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป สัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic

วิธีการประเมินผล : ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud ในระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 : A จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA1c < 6.5% และคงอยู่อย่างน้อย 90 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

รายการข้อมูล 2 : B จำนวนจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจ เข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ

ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัย 1 - 18 ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567) โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69 ร้อยละ 3

ปีงบประมาณ 70 ร้อยละ 3

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3
ต.ค. 68 - ธ.ค. 68	ต.ค. 68 - มี.ค. 69	ต.ค. 68 - มี.ย. 69	ต.ค. 68 - ก.ย. 69

วิธีการประเมินผล :

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

ร้อยละการลดลง	≥ 1 %	≥ 1.5%	≥ 2%	≥ 2.5%	≥ 3%
คะแนน	1	2	3	4	5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ ๑ - ๑๘ ปี

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี โดยการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568) เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2569 ใช้ข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 (12 เดือน) แหล่งข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็ก  
อายุต่ำกว่า 2 ปีระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) หมายถึง ร้อยละของ  
ประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR)

MMR เข็ม 2 หมายถึง การให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 (MMR2) กลุ่มเด็ก  
อายุ 1 ปี 6 เดือนตามกำหนดการให้วัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ความครอบคลุมวัคซีน MMR2 ราย จังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	ความครอบคลุมวัคซีน MMR2 รายจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2569 มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 95	ความครอบคลุมวัคซีน MMR2 รายจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2570 มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 95

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : เด็กที่อายุถึงเกณฑ์ได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2 (อายุ 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 รายจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 รายจังหวัด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	ความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 รายจังหวัด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95

ตัวชี้วัดที่ 9 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN

Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

Challenge (ระดับท้าทาย)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาผ่านตามเกณฑ์ Sub-district Health

Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาผ่านตามเกณฑ์ Sub-district Health

Promoting Hospital ระดับดีขึ้นไป

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 100% ขึ้นไป)	
หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วม สาธารณะไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็น รูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรม ท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วย และญาติ
หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการ จัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัยใน โรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และ มีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวง สาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทาง สุขาภิบาล
	12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
หมวด Innovation: การ พัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดการของเสียทางการแพทย์</li> <li>2. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)</li> </ol>	

เกณฑ์การประเมิน :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 80 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 35	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไปร้อยละ 90 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 45	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 100 -ระดับท้าทาย ร้อยละ 55

### ตัวชี้วัดย่อย

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)พัฒนาผ่านตามเกณฑ์ Sub - district Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)พัฒนาผ่านตามเกณฑ์ Sub - district Health Promoting Hospital ระดับดีขึ้นไป

### คำอธิบาย :

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

<b>ระดับมาตรฐาน</b> หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์หมวดที่ 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป (80-89 คะแนน)	
<b>ระดับดี</b> หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์หมวดที่ 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป (90-94 คะแนน)	
<b>ระดับดีเยี่ยม</b> หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์หมวดที่ 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และมีการดำเนินการตามหมวด 7	
<b>หมวด 1 CLEAN</b> สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของทุกคนใน รพ.สต.
<b>หมวด 2 G: Garbage</b> การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
<b>หมวด 3 R: Restroom</b> การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน สิ่งแวดล้อมไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ
	6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน
<b>หมวด 4 E: Energy</b> การจัดการด้านพลังงานและ ทรัพยากร	7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

<b>หมวด 5</b> <b>E: Environment</b> การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล ( 25 คะแนน )	8. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรม ท้องถิ่น มีความสะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ
	9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัย สำหรับ ผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ
	10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการ ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร
<b>หมวด 6 N: Nutrition</b> การจัดการสุขาภิบาลอาหารการ จัดการน้ำอุปโภคบริโภค และ การดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล ( 20 คะแนน )	11. ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน
	12. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ
	13. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน
<b>หมวด 7</b> <b>GREEN Community</b> ด้านการส่งเสริมการพัฒนา ชุมชน GREEN	14. การส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70 - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 40	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 10 จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ  
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

หน่วยวัด : ร้อยละ

ตัวชี้วัดย่อย :

เชิงปริมาณ

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับวัคซีนครบ ร้อยละ 90
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 40
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 40
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 25
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 50

เชิงคุณภาพ

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 85

คำอธิบาย :

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตามคู่มือมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570ใน 8 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

**เกณฑ์การประเมิน :** จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

5 คะแนน = รพ./สสอ. มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 100

4 คะแนน = รพ./สสอ. มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 90

3 คะแนน = รพ./สสอ. มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 80

2 คะแนน = รพ./สสอ. มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 70

1 คะแนน = รพ./สสอ. มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 60

ตัวชี้วัด	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 / ร้อยละ 90	≤80	81-83	84-86	87-89	≥90
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับวัคซีนครบ ร้อยละ 90 / ร้อยละ 90	≤80	81-83	84-86	87-89	≥90
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 / ร้อยละ 90	≤74	75-79	80-84	85-89	≥90
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 40 / ร้อยละ 80	≤64	65-69	70-74	75-79	≥80
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 25 / ร้อยละ 40	≤24	25-29	30-34	35-39	≥40
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 50/ ร้อยละ 50	≤40	41-43	44-46	47-49	≥50

ตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก	ระดับคะแนน
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 / ร้อยละ 90	1.5	1.5xระดับคะแนน
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับวัคซีนครบ ร้อยละ 90 / ร้อยละ 90	1.5	1.5xระดับคะแนน
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองโรค เบาหวาน ร้อยละ 40 / ร้อยละ 90	1.5	1.5xระดับคะแนน
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 40 / ร้อยละ 80	1.5	1.5xระดับคะแนน
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 25 / ร้อยละ 40	1.5	1.5xระดับคะแนน
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการ เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 50/ ร้อยละ 50	2.5	1.5xระดับคะแนน
รวม	10	คะแนนเต็ม 100

#### เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	6 เดือน	12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85 พื้นที่ต้นแบบ

ระดับคะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินฯ 8 ส่วน ร้อยละ 85 ขึ้นไป + พื้นที่ต้นแบบ
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินฯ 8 ส่วน ร้อยละ 85 ขึ้นไป
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินฯ 8 ส่วน ร้อยละ 68-84
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินฯ 8 ส่วน ร้อยละ 51-67
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินฯ 8 ส่วน น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 50

สูตรการแปลผล (A/B)×100 A=จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน , B=จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่มีในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### วิธีการประเมินผล :

- ระบบขึ้นทะเบียน
- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

- จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน
- การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

(PCUstandard.moph.go.th)

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2567	2568	2569
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย (ทีม)	67	81	96
ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ	แห่ง	36	88	68

**ตัวชี้วัดที่ 11 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)**

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน โรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)

การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)

การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

วิธีการประเมินผล :

1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) สสจ.ชัยภูมิ
2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัดชัยภูมิ

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) สสจ.ชัยภูมิ
2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัดชัยภูมิ

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I64)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน

## ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนนั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

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

4. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิ

5. เงื่อนไขการคำนวณ

5.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย

5.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin-resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Pre-extensively drug-resistant Tuberculosis (Pre-XDR-TB), Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

5.3 ผู้ป่วยวัณโรคโอนออก (transfer out) ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น โดยที่สถานพยาบาลที่โอนไปรับโดยขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) ผู้ป่วยดังกล่าว จะไม่ถูกนำมาประเมินผลการรักษาของสถานพยาบาลที่โอนออก

5.4 ผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) จะถูกนำมาประเมินผลการรักษากับผู้ป่วย วัณโรคของสถานพยาบาลที่รับโอน (สถานพยาบาลสุดท้ายที่ทำการรักษา) ตามประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากสถานพยาบาลที่โอนออก

5.5 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล

พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิ

พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ คือ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
88	88	88

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88

วิธีการประเมินผล : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ประเมินในภาพของหน่วยงาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569) - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส

ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

วิธีการประเมินผล :

1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด
2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ
3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
4. มีการสรุปข้อมูล

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
2. ฐานข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
3. ฐานข้อมูลจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq 28$ วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (โดยนำยอดจำนวนจากฐานข้อมูลสูงสุดมาคำนวณ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์  
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้าน  
การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน  
โรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60  
พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการ  
สาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รหัสประเภทสถาน  
บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)  
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม, 04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน,  
08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล, 13 ศูนย์บริการสาธารณสุข, 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน  
โรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตาม องค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วย  
เฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์  
แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสาร  
สกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชา ที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด  
ๆ ของพืชกัญชา เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ
- การหัตถ์หม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถ์การอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายใต้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน

1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78

2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69 ร้อยละ 50

ปีงบประมาณ 70 ร้อยละ 55

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ มีนโยบาย/แผนการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และมีรายการยาสมุนไพรทดแทนอย่างน้อย 3 รายการ</p> <p>2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/กลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น NCDs LTC PC การดูแลมารดาหลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases)</p> <p>3. มีแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อย 1 หลักสูตร</p>	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ มีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>2. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อย 1หลักสูตร</p> <p>3. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 30</p>	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 3 รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>2. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 40</p>	<p>1. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 50</p>

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจาก HDC TTM กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### ตัวชี้วัดที่ 15 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

หน่วยวัด : จำนวนเงิน

คำอธิบาย :

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยา ที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25) ยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ หมายถึง รายการยาที่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 41 หรือ 42 ตามลำดับ หลักที่ 25 หมายถึง ที่มาของตำรับยาแผนไทย (1 หลัก) ได้แก่

1. ยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. ยาแผนไทยที่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 27 ขนาน (เฉพาะส่วนที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ)
3. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์-ตำราการแพทย์แผนไทย ที่กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกรับรอง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทย
4. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ
5. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของหน่วยงานภาคเอกชน และผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ

6. ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์ แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตัวอย่างเช่น

รหัสยาแผนไทย 24 หลัก รหัสที่มาของยา TTMTID

410000000010000034110662 1- 9000002

410000000060000094510662 1- 9000018

4100000000100000020110662 1- 9000025

4100000000100000020310662 1- 9000039

สิทธิ UC หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	2,000 ล้านบาท	2,500 ล้านบาท

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแผนการดำเนินงาน เพื่อ เพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ในระบบบริการ	1. มีประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการ สาธารณสุข	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน บัญชียาหลักแห่งชาติ ใน ระบบบริการสุขภาพ ไม่	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน บัญชียาหลักแห่งชาติ ใน ระบบบริการสุขภาพ ไม่

<p>สุขภาพให้ สอดคล้องกับ เป้าหมายที่ กำหนด ได้แก่ จัดทำ ข้อเสนอเพื่อ ร่างประกาศ สปสช. เรื่องการจ่าย ค่าใช้จ่าย เพื่อบริการ สาธารณสุข กรณีบริการ การแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ ทางเลือก พ.ศ. 2569</p>	<p>กรณีบริการ การแพทย์ แผนไทยและการ แพทย์ ทางเลือก พ.ศ. 2569</p> <p>2. มีการจัดหรือเข้าร่วม ประชุม/อบรมเชิง ปฏิบัติการ เกี่ยวกับการ สร้างความรอบรู้การใช้ยา สมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติอย่างน้อยเขต สุขภาพละ 1 ครั้ง</p> <p>3. พัฒนาระบบ HIS ให้มี ฟังก์ชันสนับสนุนการสั่ง จ่ายยาสมุนไพรเช่น Pop-upรายการยา สมุนไพรพร้อมปริมาณที่ เหมาะสม (ขั้นต่ำ- สูงสุด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจังหวัด (39 จังหวัด)</p>	<p>น้อยกว่า 1,500 ล้านบาท (เขตสุขภาพละ ไม่น้อยกว่า 125 ล้านบาท)</p>	<p>น้อยกว่า 2,000 ล้านบาท (เขตสุขภาพละ ไม่น้อย กว่า 165 ล้านบาท)</p>
--	--	---	--

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

วิธีการประเมินผล :

1. ใช้ข้อมูลประกอบจาก OPEN Data by MOPH รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s\_ttm4)
2. ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากระหัสที่มาของยา ที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25)
3. ข้อมูลมูลค่า ซึ่งคำนวณจากจำนวนครั้งของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ x อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษา
4. ตรวจสอบอัตราจ่ายต่อคอร์สของรายการยาสมุนไพรแต่ละชนิด ตาม QR Code ที่แนบ



## ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดย่อย 16.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

16.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการทำร้ายตนเองหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 :International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หรือตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)

การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันทีทั้งที่ 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ 7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มาใช้บริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4 - 5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่น ๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
16.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน
16.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75

**เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : ปี 2569**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	รายงานในภาพรวมของ เขตสุขภาพและรายงานภาพ ประเทศ	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤7.8 ต่อประชากรแสนคน

**เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : ปี 2569**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ

**กลุ่มเป้าหมาย :**

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในพื้นที่

(วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2568 - กันยายน 2569)

**วิธีการประเมินผล :**

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506s version 11

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 อ้างอิงจาก <https://506s.dmh.go.th> และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมจากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : ร้อยละการเข้าถึงบริการ อ้างอิงจาก<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog>

**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :**

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : 1) รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : 1) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11)  
2) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional Self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569

A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ 2569

แหล่งข้อมูล : รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11

B = จำนวนประชากรกลางปี 2568 แหล่งข้อมูล : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

แหล่งข้อมูล : จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11) โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ

D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดที่มีอายุ 10 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569 แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional Self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด** ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 :  $(A/B) \times 100,000$

ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 :  $(C/D) \times 100$

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อกวนรุนแรงซ้ำ

ตัวชี้วัดย่อย 17.1 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อกวนรุนแรงซ้ำ

17.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อกวนรุนแรง (SMI-V)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 โดยบันทึกตาม รหัสโรคของ ICD-10 โรคจิตเภท (F20.xx-F29.xx) โรคซึมเศร้า (F32.xx, F33.xx, F34.1, F38.xx, F39) โรคอารมณ์สองขั้ว (F30.xx-F31.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F10.xx - F19.xx ยกเว้น F17.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ใน ช่วง 1B030 - 1B033 ดังต่อไปนี้

1B030 การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อกวนรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต

1B031 การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อกวนรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ รุนแรงในชุมชน

1B032 การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อกวนรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่น ให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย

1B033 การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อกวนรุนแรง ในคดีอาญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/ โรงพยาบาล จิตเวช/ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่ มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากร ทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตาม ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

1B037 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง ได้รับการติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อกวนรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อกวนรุนแรงซ้ำ

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากร ปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อกวนรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวณจากความชุก ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) และ

กลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alcohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้า ในช่วง อายุ 15 – 60 ปี

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
17.1 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45
17.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ตัวชี้วัดย่อย 17.1 : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชนที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดย่อย 17.2 : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/แหล่งข้อมูล กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)

รายการข้อมูล A = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ  
 B = ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเทียบกับประชากรปีก่อนหน้า  
 C = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงที่บันทึกเข้าระบบบริการ  
 D = ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเทียบกับประชากรปีก่อนหน้า

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ตัวชี้วัดย่อย 17.1 :  $(A/B) \times 100$   
 ตัวชี้วัดย่อย 17.2 :  $(C/D) \times 100$

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อย 17.1 : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 20	-	ร้อยละ 40

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อย 17.2 : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 40

## ตัวชี้วัดที่ 18 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : 1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4

1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP  $\geq 65$  mm Hg และมีค่า serum lactate level  $>2$  mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis

2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2568 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP  $\geq 65$  mm Hg และมีค่า serum lactate level  $>2$  mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)

4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)

4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป

5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/แหล่งข้อมูล รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ

#### รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น
C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น
D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A+C) / D \times 100$

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24

**ตัวชี้วัดที่ 19 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI**

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

**อัตราตายในผู้ป่วย STEMI**

1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/แหล่งข้อมูล ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

รายการข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน

Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการ เข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี
- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี

เกณฑ์การประเมิน (ต่อ)

Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
- มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล	มี	มี	มี	มี

## ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้ จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และไม่อยู่ระหว่าง การนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้

1. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 16 - 20 มล./ นาที ต่อ 1.73 ตรม. หรือ
2. เมื่อมากกว่า 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 60 - 21 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า 15 หรือ
3. หากไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนถัดไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/แหล่งข้อมูล ระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) / Health Data Center (HDC) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าสู่ระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนดโรงพยาบาล ส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผล ตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณปัจจุบัน

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $((B - A) / B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10

**ตัวชี้วัดที่ 21 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A)**

**หน่วยวัด** ร้อยละ

**คำอธิบาย** ผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทยสภา และมีการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมจากญาติผู้บริจาคอวัยวะตามแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกจากร่างกายผู้บริจาคอวัยวะ

**ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล** หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2569 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 เป็นตัวหาร)

**เกณฑ์เป้าหมาย** อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ ยกเว้นเขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 มีอัตราส่วนมากกว่า 1 ใช้เกณฑ์เป้าหมายเท่ากับผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568

**เกณฑ์การประเมิน** : ปี 2569 เป้าหมายแยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7
ผล 68	0.33	0.74	0.22	0.60	0.39	0.65	1.53
เกณฑ์ 69	≥0.37	≥0.81	≥0.24	≥0.66	≥0.43	≥0.72	≥1.53
เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
ผล 68	1.76	0.89	0.29	0.10	0.32	0.10	0.57
เกณฑ์ 69	≥1.76	≥0.98	≥0.32	≥0.12	≥0.35	≥0.11	≥0.63

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วย severe brain injury เข้าเกณฑ์วินิจฉัยสมองตาย และมีแนวโน้มเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential organ donor)

- แหล่งข้อมูล**
1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
  2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
  3. ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากการลงพื้นที่ตรวจราชการในเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1

**รายการข้อมูล**

- A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2569  
 B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2568

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  $(A/B) \times 100$

**เกณฑ์การประเมิน**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10

## ตัวชี้วัดที่ 22 : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง (เพิ่มเติม)

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยาเมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี

\* ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลือนำมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ  $\geq$  ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล

การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูกช่องคลอดปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหาหรือโรครก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)
3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ)
4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ตามเป้าหมาย 5 ปี (C1)
2. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม (C2)
3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP1)
4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP2)
5. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F1)
6. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F2)
7. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL1)
8. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL2)

\* การบันทึกข้อมูล

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้

**แหล่งข้อมูล**

1. มะเร็งปากมดลูก
  - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)
  - ฐานข้อมูล สปสช.
  - โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
  - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)
  - ฐานข้อมูล สปสช.

**รายการข้อมูล**

A(C2) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม  
 \* เป็นการนับจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองแบบสะสม (เริ่มนับตั้งแต่ปีงบประมาณแรกของ Phase นั้น ๆ สะสมไปจนครบ 5 ปี เช่น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2567, 2568 - 2572)

ตัวอย่างการนับจำนวนสะสม เช่น การดำเนินงานคัดกรองปี 2565- 2567 (ไตรมาส 3)

ปีงบประมาณ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
2565	25,000	25,000	25,000	25,000
2566	25,000	25,000	25,000	25,000
2567	25,000	25,000	25,000	-

ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม เท่ากับ 275,000 ราย

A(CP2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

A(F2) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

A(CL2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

B(C1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ตามเป้าหมาย 5 ปี \*

\* ตามเป้าหมาย 5 ปี หมายถึง ค่าประมาณการจากร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 30 – 60 ปี

ทุกสิทธิการรักษา (ใช้ฐานประชากรจากทะเบียนราษฎรปีที่เข้ามาเป็นตัวเลขตั้งต้น)

ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายที่ 5 ปี จังหวัด..... มีประชากรอายุ 30 – 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา (จากฐานประชากรจากทะเบียนราษฎร) 100,000 คน ดังนั้น ร้อยละ 70 ของประชากร 100,000 คน = 70,000 คน

สรุป ค่าเป้าหมาย 5 ปี = 70,000 คน B(CP1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

B(F1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (เป้าหมายรายปี)

เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก 10% ของประชากรอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา

ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :

ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน  
 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน

B(CL1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด**

1.  $(A(C2)/ B(C1)) \times 100$
2.  $(A(CP2)/ B(CP1)) \times 100$

**เกณฑ์การประเมิน**

รายการตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

เกณฑ์การประเมิน

รายการตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (สะสม)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 30	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 35
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการ การส่องกล้อง colposcopy	-	-	-	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการ การส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 23 : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ  
ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ตัวชี้วัดที่ย่อยที่ 23.1 : อัตราการเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติดลดลง ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ  
สามารถหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 45 และ 1 ปี ร้อยละ 35  
หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และสามารถงดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง  
โดยไม่กลับไปเสพยา ภายหลังจากจำหน่ายจากการบำบัดรักษา โดยกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ ดังนี้

- 1.สามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา  
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45
- 2.สามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง ครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 35

เกณฑ์เป้าหมาย :

อัตราการหยุดเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติดลดลง	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
Remission rate 3 เดือน	45	45
Remission rate 1 ปี	35	35

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และได้รับการจำหน่ายจากการบำบัดรักษาแล้ว  
โดยอยู่ในกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)  
ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

แหล่งข้อมูล

ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจที่สามารถงดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง \*อย่างน้อย 3 เดือน หลัง  
จำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45) \*หรือครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา  
(สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)

B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจที่ได้รับการจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมด  
ในช่วงเวลาที่ประเมิน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการเสพยาของผู้ป่วย ยาเสพติดลดลง (เฉพาะระบบสมัครใจ)	อัตราการเสพยาของผู้ป่วย ยาเสพติดลดลง (เฉพาะระบบสมัครใจ)	อัตราการเสพยาของผู้ป่วย ยาเสพติดลดลง (เฉพาะระบบสมัครใจ)	อัตราการเสพยาของผู้ป่วย ยาเสพติดลดลง (เฉพาะระบบสมัครใจ)
**อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45)	**อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45)	**อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45)	**อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45)
**หรือครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจาก การบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)	**หรือครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจาก การบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)	**หรือครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจากการ บำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)	**หรือครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจากการ บำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)

**ตัวชี้วัดที่ 24 สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : การกระจายแพทย์ หมายถึง แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนตามสัดส่วนจำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed) ดังนี้

จำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed)	จำนวนแพทย์ (รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
0 - 15	3
16 - 30	5
31 - 60	10
61 - 90	15
91 - 120	20
121 ขึ้นไป	25

แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่นับรวมแพทย์ลาศึกษา

เตียงที่ใช้จริง (Active bed) หมายถึง จำนวนเตียงที่ได้ใช้รองรับผู้ป่วยจริง ในแต่ละหอผู้ป่วย (Ward) หรือ แต่ละโรงพยาบาล คำนวณจากอัตราครองเตียง x จำนวนเตียงตามกำหนดหารด้วย 100 หรือวันนอนผู้ป่วยใน ใน 1 ปี หารด้วย 365 (วัน) (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม 2568)

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอ ทำหน้าที่ให้บริการทุติยภูมิ (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม 2568)

เขตสุขภาพ หมายถึง ส่วนราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน $\geq$ ร้อยละ 70	แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน $\geq$ ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. แพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.)

## ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่เปิดให้บริการแล้ว และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 1-12

มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+)

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ ดังนี้

- 1) Backup
- 2) Antivirus Software
- 3) Access Control (Public และ Private)
- 4) Privileged Access Management (PAM)
- 5) Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP)
- 6) OS Patching
- 7) Multi-Factor Authentication (2FA)
- 8) Web Application Firewall (WAF)
- 9) Log Management
- 10) Security Information & Event Management (SIEM)
- 11) Vulnerability Assessment (VA Scan)
- 12) ตรวจสอบและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล
- 13) อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัย
- 14) Network Segmentation
- 15) ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์
- 16) Penetration Testing
- 17) มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านดังกล่าว

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ≥ ร้อยละ 70	แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ≥ ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. แพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.)

## วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

## แหล่งข้อมูล

1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.)
3. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (ข้อมูล ณ มีนาคม 2568)

## รายการข้อมูล

- A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีสัดส่วนแพทย์ตามเกณฑ์ ณ วันที่รายงานผล ดังนี้  
ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2569  
ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2569  
ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2569
- B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดของแต่ละเขตสุขภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

## เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำข้อมูลแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ส่งให้แต่ละเขตสุขภาพ ภายในวันที่ 7 มกราคม 2569	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2569 3. $\geq 6$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2569 3. $\geq 8$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 22 กันยายน 2569 3. $\geq 10$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70

## วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

## แหล่งข้อมูล

1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.)
3. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (ข้อมูล ณ มีนาคม 2568)

## รายการข้อมูล

- A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีสัดส่วนแพทย์ตามเกณฑ์ ณ วันที่รายงานผล ดังนี้  
ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2569  
ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2569  
ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2569
- B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดของแต่ละเขตสุขภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

## เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำข้อมูลแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ส่งให้แต่ละเขตสุขภาพ ภายในวันที่ 7 มกราคม 2569	4. เขตสุขภาพดำเนินการ 5. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2569 6. $\geq 6$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2569 3. $\geq 8$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 22 กันยายน 2569 3. $\geq 10$ เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70

**ตัวชี้วัดที่ 26** ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด

26.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

26.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

26.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

26.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน

26.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

26.6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

26.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน

26.8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

26.9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน

26.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**คำอธิบาย :** 1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. โรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง โรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อยร้อยละ 81.25 ของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ (จำนวน 13 โรงพยาบาล ทั้งหมด 16 โรงพยาบาล)

3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c และ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่ง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคความดันโลหิตสูงด้วยการตรวจ Cholesterol และ Triglyceride ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการตรวจ Cholesterol และ Triglyceride ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจ Cholesterol และ Triglyceride อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
30.1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ ผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ (8 โรงพยาบาล ทั้งหมด 16 โรงพยาบาล)	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 68.75 ของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ (11 โรงพยาบาล ทั้งหมด 16 โรงพยาบาล)
30.2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
30.3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.4. อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
30.5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
30.8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 4
30.10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในจังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน  
วิธีการจัดเก็บข้อมูล รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอใน HDC จังหวัดชัยภูมิ

แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด*
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 1	E = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c
รายการข้อมูล 2	F = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(E/F) \times 100$
รายการข้อมูล 1	G = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	H = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน $(G/H) \times 100$
รายการข้อมูล 1	I = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL
รายการข้อมูล 2	J = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(I/J) \times 100$
รายการข้อมูล 1	K = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine
รายการข้อมูล 2	L = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(K/L) \times 100$
รายการข้อมูล 1	M = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	N = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ Cholesterol ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน $(M/N) \times 100$
รายการข้อมูล 1	O = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol
รายการข้อมูล 2	P = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 8	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(O/P) \times 100$
รายการข้อมูล 1	Q = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	R = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 9	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน $(Q/R) \times 100$
รายการข้อมูล 1	S = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides
รายการข้อมูล 2	T = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(S/T) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ



ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score(TPS)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) เป็นการวัดผลงานทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามหลัก3s (Structure Staff System)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
เชิงปริมาณ : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือ ระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ คะแนน	เชิงปริมาณ : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือ ระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ คะแนน เชิงคุณภาพ : ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หรือได้คะแนน $\geq 25$ คะแนน	เชิงปริมาณ : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือ ระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ คะแนน เชิงคุณภาพ : ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หรือได้คะแนน $\geq 25$ คะแนน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รพศ./รพท./รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ตามรายละเอียดประกอบ (ภาคผนวก)

แหล่งข้อมูล กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาประเมินผล

รอบที่ 1 (ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569

รอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 - กรกฎาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 9 เดือน
-	<u>เชิงปริมาณ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ <u>เชิงคุณภาพ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หรือได้คะแนน หรือได้คะแนน $\geq 25$ คะแนน	<u>เชิงปริมาณ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ <u>เชิงคุณภาพ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หรือได้คะแนน หรือได้คะแนน $\geq 25$ คะแนน	<u>เชิงปริมาณ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ B (ดี) หรือระดับ A (ดีมาก) หรือได้คะแนน $\geq 10.5$ <u>เชิงคุณภาพ</u> : ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หรือได้คะแนน หรือได้คะแนน $\geq 25$ คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

**หน่วยวัด ร้อยละ**

**คำอธิบาย** อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม ได้รับมาตรฐานด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยคิดจากผลงานสะสม 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568)

มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายต้องผ่านการรับรองตามเกณฑ์การตรวจประเมิน 5 ด้าน

**เกณฑ์เป้าหมาย** ปีงบประมาณ 2569 ร้อยละ 20 (142 แห่ง)

**หมายเหตุ:** ค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 คิดจากผลการดำเนินงานสะสมระหว่าง

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จำนวน 707 แห่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม

**แหล่งข้อมูล** กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี และของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2569)

B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568)

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  $((A - B)/B) \times 100$

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เจ้าหน้าที่สำหรับให้คำแนะนำและส่งเสริมสถานประกอบการระดับพรีเมียมได้รับการพัฒนาศักยภาพ 2. มีการประชาสัมพันธ์รับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) 5. ระบบประเมินตนเองและระบบสมัครออนไลน์	1. มีผู้สมัครเข้ารับการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการออนไลน์ 2. แผนการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด	1. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการรับรองการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินที่กำหนดอัตรา ร้อยละ 20	1. รายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การตรวจการประเมินที่กำหนดได้รับรางวัลสถานประกอบการระดับพรีเมียม (Premium Award) (จัดพิธีมอบรางวัล)

ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละที่เพิ่มของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีศักยภาพในการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจสุขภาพ

[ Proxy : ร้อยละของสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ]

หน่วยวัด ร้อยละ

คำนิยาม สถานพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการตรวจแรงงานต่างด้าว สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม

ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ผู้ประกอบการ (Entrepreneur) ประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม และกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่ดำเนินการ Nursing Home Care

มีศักยภาพในการแข่งขัน หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในสถานพยาบาล การยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพให้มีทักษะในการขับเคลื่อนธุรกิจ

1. สถานพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนตามประกาศกรมจัดหางาน เรื่อง รายชื่อสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสถานพยาบาลเอกชน ที่จะตรวจสุขภาพคนต่างด้าว ซึ่งจะขอรับใบอนุญาตทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 ได้รับการตรวจมาตรฐานคุณภาพ การให้บริการ ตามเกณฑ์กระบวนการควบคุม กำกับ มาตรฐานคุณภาพบริการ ตามมาตรา 45 ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

3. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ ได้เตรียมความพร้อมเข้าสู่การบ่มเพาะเป็นผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ ซึ่งต้องมีผลการประเมิน Wellness Literacy ระดับพื้นฐาน(Functional) ในระดับดีมาก หรือได้เข้าร่วมกิจกรรมด้านการตลาด หรือประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น Roadshow/ Business matching /E-marketing เป็นต้น

Wellness Literacy แบ่งเป็น 3 ระดับทักษะ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน (Functional) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านบริการ Wellness และกฎหมายสำหรับผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่

เกณฑ์การประเมิน :

- ไม่ผ่านเกณฑ์การอบรม คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
- ผ่านเกณฑ์การอบรมระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 แต่ไม่ถึงร้อยละ 80
- ผ่านเกณฑ์การอบรมระดับดีมาก คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป สามารถเข้ารับการบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness จากความร่วมมือหน่วยงาน Science Park

ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ได้แก่ ความสามารถในการจัดทำแผนธุรกิจและทักษะการนำเสนอ (Pitching skill) และการสื่อสารการตลาดเพื่อสร้างเครือข่าย

ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) ได้แก่ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ออกแบบบริการ Wellness หรือ นวัตกรรม Wellness

หมายเหตุ: การเข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ จากความร่วมมือกับหน่วยงาน Science Park ในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 69 (ร้อยละ 10)

ประเภท	2568	เป้าหมาย 2569 (เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และกรุงเทพมหานคร) หน่วยวัด: แห่ง														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	กทม.	รวม	
1. สถานพยาบาล	48	5														5
2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	346	35														35
3. ผู้ประกอบการฯ	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
รวมทั้งสิ้น	394															66

- ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
1. สถานพยาบาล
  2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
  3. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส

รายการข้อมูล A = จำนวนสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

B = จำนวนสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A / B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. เจ้าหน้าที่สำหรับให้คำแนะนำและส่งเสริมสถานประกอบการระดับพรีเมียมได้รับการพัฒนาศักยภาพ</p> <p>2. มีการประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลพรีเมียม (Premium Award)</p> <p>3. ระบบประเมินตนเองและระบบสมัครออนไลน์</p> <p>4. ฐานข้อมูลเพื่อการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการของกลุ่มอุตสาหกรรม การแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>5. Module การเรียนรู้แก่ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านเวลเนส หรือ Wellness Literacy</p>	<p>1. มีผู้สมัครเข้ารับการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการออนไลน์</p> <p>2. แผนการออกตรวจประเมินสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>3. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด</p> <p>4. เครือข่ายได้รับการสื่อสารในการสนับสนุนการดำเนินงานบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ในพื้นที่เป้าหมาย</p> <p>5. ระบบแรงจูงใจผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพให้เข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ โดยความร่วมมือกับหน่วยงาน Science Park</p>	<p>1. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด</p> <p>2. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการรับรองการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 10</p> <p>3. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพที่มีผลการประเมิน Wellness Literacy ระดับพื้นฐาน (Functional) ในระดับดีมาก ได้รับการส่งเสริมให้เข้าสู่การพัฒนาในระบบศูนย์บ่มเพาะผู้ประกอบการของเครือข่าย Science Park</p>	<p>1. รายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร</p> <p>2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การตรวจการประเมินตามที่กำหนด ได้รับรางวัลสถานประกอบการระดับพรีเมียม (Premium Award) (จัดพิธีมอบรางวัล)</p> <p>3. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพและผู้ประกอบการฯ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ</p> <p>4. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่</p>

ตัวชี้วัดที่ 30 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

- 30.1 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต
- 30.2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก

หน่วยวัด ร้อยละ

คำนิยาม 1) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย

2) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะ อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- 2.1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548
- 2.2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวง กำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562
- 2.3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ซึ่งได้รับอนุญาตใหม่จาก อย. หรือ สสจ.

3) ได้รับการพัฒนามีศักยภาพในการส่งออก คือ ได้รับคำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานการผลิตต่าง ๆ หรือกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้สถานที่ผลิตได้มาตรฐานสากล เช่น GMP PIC/S HACCP หรือได้มาตรฐานของแต่ละประเทศที่จะส่งออก เป็นต้น

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	ปีงบประมาณ 72
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต 2,600 รายการ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปี พ.ศ. 2568)	2,900 รายการ	-	-
ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการพัฒนา เพื่อการส่งออก 18 รายการ (ส่วนกลาง 6 รายการ และส่วนภูมิภาค 12 รายการ)	18 รายการ	18 รายการ	18 รายการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล อย. จากส่วนกลาง เข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต

B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเป้าหมาย

C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก

สูตรคำนวณ 1  $(A/B) \times 100$

สูตรคำนวณ 2 C

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 19 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 500 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 1,300 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 75 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 1,950 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 100 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 2,600 รายการ)
กำหนดผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป้าหมายและจัดทำแผนการ พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มี ศักยภาพในการส่งออก	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 2 รายการ	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 6 รายการ	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 18 รายการ

ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดลดลงของผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 45 และ 1 ปี ร้อยละ 35 หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

คำอธิบาย :

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และสามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพยา ภายหลังจากจำหน่ายจากการบำบัดรักษาโดยกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ ดังนี้ สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง ครบ 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35

เกณฑ์เป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค.-มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค.-ก.ย. )
<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรม/พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการติดตามและ ดูแลต่อเนื่อง (After Care)</li> <li>- สร้างเครือข่ายการทำงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตาม วิเคราะห์ และรายงานผลการ งดเสพยา ระดับเขตสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 45 ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา</li> <li>- ร้อยละ 35 ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา</li> </ul>

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และได้รับการจำหน่ายจากการบำบัดรักษาแล้ว โดยอยู่ในกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา

แหล่งข้อมูล : ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสด.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจที่สามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง

- อย่างน้อย 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 45)

- หรือ ครบ 1 ปี หลังจำหน่าย- จากการบำบัดรักษา (สำหรับเป้าหมายร้อยละ 35)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจที่ได้รับการจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในช่วงเวลาที่ประเมิน

**ตัวชี้วัดที่ 32 ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD ลดลง ลดลงร้อยละ 20 จาก Baseline**

**คำอธิบาย :**

ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD ลดลง หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและเปิดสิทธิหรือเปิดบัตร จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับยาหรือกลับบ้าน (กรณีไม่มีรับยา) รวดเร็ว ไม่รอคอยนาน ได้รับบริการครบ จบในครั้งเดียว ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD ลดลง หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและเปิดสิทธิหรือเปิดบัตร จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับยาหรือกลับบ้าน (กรณีไม่มีรับยา) รวดเร็ว ไม่รอคอยนาน ได้รับบริการครบ จบในครั้งเดียว

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค.-มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค.-ก.ย. )
1.ตั้ง “Patient Flow Center” ระดับ โรงพยาบาล 2.กำหนด Patient Flow Standard ในการรับบริการ 3.Time & Motion study 4.เปิด Fast Track กลุ่ม High Volume 5.เปิด Pre-process เพื่อลดภาระ วันตรวจ 6.เพิ่มจุด / ปรับเวลา เจาะเลือดเข้า 7.จัดแพทย์เริ่มตรวจตรงเวลา 8.Dashboard รายวัน/รายสัปดาห์	1.ทำตารางนัดหมายเป็น Slot ลดแออัด 2.Smart Appointment / Queueing 3.เพิ่ม Lab Capacity 4.เชื่อมผล Lab แบบ Real-time 5.เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบยา 6.AI Support 7.ทำ Benchmark 4 โรงพยาบาลศูนย์ 8.ทำ Lean ในจุดคอขวด 9.ประเมินผลและรายงานผู้ตรวจ ทุกเดือน	ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD ลดลง (เปิดสิทธิ-รับยา) ลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline จัดทำ Success Model สำหรับ ทุกจังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๙

**แหล่งข้อมูล :**

- HIS : HOSxP/HomC-Queue log
- ระยะเวลาการรับบริการที่ OPD เริ่มจาก เปิดบัตร - รับยา/กลับบ้าน ที่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

### ตัวชี้วัดที่ 33 ผู้ป่วยมะเร็งระดับและมะเร็งเต้านมเข้าถึงการรักษา (Access to care) ภายในเวลาที่กำหนด

- ตัวชี้วัดย่อย
1. ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
  2. เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
  3. รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

#### คำอธิบาย :

1. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน)
2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน)
3. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน)

#### เกณฑ์เป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค.-มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค.-ก.ย. )
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

#### กลุ่มเป้าหมาย :

1. ผู้ป่วยมะเร็งระดับและเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมะเร็งระดับและเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยมะเร็งระดับและเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา

#### แหล่งข้อมูล : บันทึกข้อมูลและส่งผ่าน API ของโรงพยาบาล เขา Web-based Thai Cancer Base 2025

1. สรุปรอบที่ 1 (3 เดือน : มกราคม 2569 - มีนาคม 2569) ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
2. สรุปรอบที่ 2 (6 เดือน : เมษายน 2569 - มิถุนายน 2569) ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2569
3. สรุปรอบที่ 3 (9 เดือน : กรกฎาคม 2569 - กันยายน 2569) ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2569

#### สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

สูตรคำนวณ =  $(A(S) / B(S)) \times 100$  รายการข้อมูล 1 A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ภายใน 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด รายการข้อมูล 2 B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งระดับและเต้านมทั้งหมดในปีที่รายงาน

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

สูตรคำนวณ =  $(A(C) / B(C)) \times 100$  รายการข้อมูล 1 A(C) = จำนวนผู้ป่วยวางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ทั้งหมด รายการข้อมูล 2 B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งระดับและเต้านมทั้งหมดในปีที่รายงาน

3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

สูตรคำนวณ  $(A(R) / B(R)) \times 100$  รายการข้อมูล 1 A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนดรายการข้อมูล 2 B(R) =จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งเต้านมและเต้านมทั้งหมดในปีที่รายงาน

ตัวชี้วัดที่ 34 ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการ Dialysis ใกล้เคียง เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จาก Baseline

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยรอคอยรับการ Dialysis ใกล้เคียง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการ Dialysis ทั้งแบบ HD และ PD ณ สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่นอกอำเภอกุมิลำเนาของตนเอง และมีความประสงค์จะย้ายไปรับบริการ Dialysis ในพื้นที่อำเภอ หรือใกล้กุมิลำเนาของตนเอง

คำเป้าหมาย

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการ Dialysis ใกล้เคียง เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 จาก Baseline</li> <li>- มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมผ่านการอบรมหลักสูตร พยาบาลที่เลี้ยงจำนวน 15 คน</li> <li>- แผนพัฒนาหน่วยบริการเป็นแหล่งฝึกในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 6 แห่ง</li> <li>- จัดทำแผนเปิดให้บริการฟอกไต HD/CAPD จำนวน 14 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการ Dialysis ใกล้เคียง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก Baseline</li> <li>- ส่งบุคลากร เรียนหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทางไต จำนวน 24 คน (เปิดหลักสูตร)</li> <li>- รพ.สังกัดรัฐ ขออนุมัติเพิ่มเติม/เปิดหน่วย HD /PD ผ่านคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพที่ 9 ลงนามหนังสือยืนยันเห็นชอบส่ง กบรส.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการ Dialysis ใกล้เคียง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 จาก Baseline</li> <li>- บุคลากร ที่เรียนหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางไต จำนวน 24 คน (จบหลักสูตร)</li> <li>- เปิดหน่วยบริการ HD 7 แห่ง</li> <li>- เปิดหน่วยบริการ CAPD 7 แห่ง</li> <li>- รพ.สังกัดรัฐ ที่ขออนุมัติเพิ่มเติม/เปิดหน่วย HD /PD ผ่านคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพที่ 9 จัดซื้อจัดจ้าง/คัดเลือกเอกชน ดำเนินการจัดตั้งหน่วยไตเทียมสมัครประเมินตนเองเสนอ ตรีต.</li> </ul>

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ต้องได้รับการ Dialysis ด้วย HD หรือ PD ที่ยังต้องเดินทางไปรับบริการ Dialysis นอกอำเภอกุมิลำเนาของตนเอง หรือยังไม่ได้รับบริการใกล้เคียง

แหล่งข้อมูล : บันทึกข้อมูลแบบแมนนวล (Manual) และส่งผ่าน Google Sheet โดยขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และศูนย์ไตเทียมต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 9 เนื่องจากไม่สามารถดึงข้อมูลจาก HDC ได้โดยตรง

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ได้รับการ Dialysis (HD หรือ PD) ใกล้เคียง

รายการข้อมูล 2 B - จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ทั้งหมด ที่ต้องได้รับการ Dialysis ด้วย HD หรือ PD ใกล้เคียง

ตัวชี้วัดที่ 35 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM) ชนิดที่ 2 มีค่า HbA1C < 7 ร้อยละ 40

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการขึ้นทะเบียน  
กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับ  
น้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด  
HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ครบ 2 ครั้ง

ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
1.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(DM) ชนิดที่ 2 มีค่า HbA1C < 7 ร้อยละ 40	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(DM) ชนิด ที่ 2 มีค่า HbA1C < 7 ร้อยละ 40 2.ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1C ครบ 2 ครั้ง > 90%	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(DM) ชนิด ที่ 2 มีค่า HbA1C < 7 ร้อยละ 40

กลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : สํารวจข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

**ตัวชี้วัดที่ 36. 2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (PA) มากกว่า ร้อยละ 88**

**คำอธิบาย :**

ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)
2. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed :B :B)
3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ไม่ใช่เนื้อปอด

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอด ที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+)
2. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed :B-)
3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ไม่ใช่เนื้อปอด

**คำเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
-ติดตามอัตราการขาดยา <ร้อยละ 3 และ อัตราเสียชีวิต < ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการโอนออกผู้ป่วยวัณโรคใน/นอกเขตสุขภาพ -กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP -ติดตามนำผู้ป่วย TB รายใหม่เข้าสู่ระบบและขึ้นทะเบียนการรักษาในโปรแกรม NTIP	-ติดตามอัตราการขาดยา<ร้อยละ 3 และและอัตราเสียชีวิต< ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการโอนออกผู้ป่วยวัณโรค ใน/นอกเขตสุขภาพ กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP	-ติดตามอัตราการขาดยา <ร้อยละ 3 และและอัตราเสียชีวิต< ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการโอนออกผู้ป่วยวัณโรค ในนอกเขตสุขภาพ -กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP -มากกว่าร้อยละ 88 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (PA) -วิเคราะห์ช่องว่างอัตราการรักษาสำเร็จรายจังหวัดรายพื้นที่ -สรุปผลและปรับกลยุทธ์อัตราการรักษาสำเร็จระดับเขตสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกกลุ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 255569 (1ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568)

ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A - จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มสิทธิ ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1ของปีงบประมาณ 2569 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวม กับรักษาครบ(Completed) ในพื้นที่ที่เขตสุขภาพที่ 9

รายการข้อมูล 2 B - จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1ของปีงบประมาณ 2569 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

ตัวชี้วัด 36.2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (PA) มากกว่า ร้อยละ 88

คำอธิบาย :

ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)
2. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed :B :B)
3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอด ที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+)
2. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed :B-)
3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด

คำเป้าหมาย

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
-ติดตามอัตราการขาดยา < ร้อยละ 3 และ อัตราเสียชีวิต < ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการไอออกของผู้ป่วยวัณโรค ใน/นอกเขตสุขภาพ -กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP -ติดตามนำผู้ป่วย TB รายใหม่เข้าสู่ระบบและขึ้นทะเบียนการรักษา ในโปรแกรม NTIP	ติดตามอัตราการขาดยา<ร้อยละ 3 และและอัตราเสียชีวิต< ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการไอออกของผู้ป่วยวัณโรค ใน/นอกเขตสุขภาพ กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP	-ติดตามอัตราการขาดยา < ร้อยละ 3 และและอัตราเสียชีวิต < ร้อยละ 7 ผู้ป่วยวัณโรค -ติดตามการไอออกของผู้ป่วยวัณโรค ในนอกเขตสุขภาพ -กำกับติดตามคุณภาพการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP -มากกว่าร้อยละ 88 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (PA) -วิเคราะห์ช่องว่างอัตราการรักษาสำเร็จรายจังหวัดรายพื้นที่ -สรุปผลและปรับกลยุทธ์อัตราการรักษาสำเร็จระดับเขตสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกกลุ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568)

ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มสิทธิ์ ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1ของปีงบประมาณ 2569 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

**ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)**

**คำอธิบาย :**

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) ที่ผ่านเกณฑ์ ดี และดีมาก

ผ่านเกณฑ์: A = ดีมาก (>12คะแนน)      B=ดี (>10.5คะแนนแต่<12 คะแนน)

ไม่ผ่านเกณฑ์: C=พอใช้(>9 คะแนน แต่ <10.5 คะแนน)      D = ปรับปรุง ( 7.5 คะแนน

แต่ <9 คะแนน) F = ไม่ผ่าน ( 7.5 คะแนน)

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับ B ขึ้นไปร้อยละ 60	ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 60	ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 60

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่ง

แหล่งข้อมูล : เว็บไซต์ hfo.moph กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ:  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total  
Performance Score (TPS)  $\geq 10.5$  คะแนน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

**ตัวชี้วัดที่ 37.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ระยะเวลาบริหารคงคลัง ยา/เวชภัณฑ์มีใช้ยา  
อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ไม่เกิน 60 วัน**

**คำอธิบาย**

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง การประเมินระยะเวลาบริหารคงคลังยา , วัสดุเภสัชกรรม , วัสดุการแพทย์  
ทั่วไป วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ และวัสดุทันตกรรม มีระยะเวลาถั่วเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์  
เหมาะสม ไม่เกิน 60 วัน ประกอบไปด้วย ผ่านเกณฑ์ ระดับ C พอใช้ ขึ้นไป

ผ่านเกณฑ์ : A = ดีมาก(5 คะแนน) B = ดี ( 4 คะแนน ) C = พอใช้ (3 คะแนน)

ไม่ผ่านเกณฑ์: D = ปรับปรุง ( 2 คะแนน) F=ไม่ผ่าน(<1คะแนน)

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)	9 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)
ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ ระดับ C ขึ้นไปร้อยละ 40	ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับ C ขึ้นไป ร้อยละ 60	ร้อยละ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับ C ขึ้นไป ร้อยละ 50

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่ง

แหล่งข้อมูล : เว็บไซต์ hfo.moph กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระยะเวลาบริหารคงคลัง ยา/เวชภัณฑ์มีใช้ยา  
อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ไม่เกิน 60 วัน ระดับ C ขึ้นไป

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

**ตัวชี้วัดที่ 38 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ขึ้นทะเบียนกันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)  
เพิ่มขึ้น 200 รายการ**

**คำอธิบาย :**

1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ อาหาร ยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย

2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ โดยผู้ประกอบการต้องมีคุณสมบัติเข้าข่ายอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

- 2.1 ผู้ประกอบการที่จดทะเบียนเป็นวิสาหกิจชุมชน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548
- 2.2 ผู้ประกอบการที่จดทะเบียนเป็นวิสาหกิจรายย่อยหรือวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562
- 2.3 ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน ตามพระราชบัญญัติโรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ 2562 และได้รับอนุญาตหรือรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน(ก.ค. - ก.ย.)
-ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาตร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย (200 รายการ)คิดเป็น 100 รายการ	-ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาตร้อยละ 75 ของค่าเป้าหมาย(200 รายการ)คิดเป็น 150 รายการ	-ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาตร้อยละ 100 ของค่าเป้าหมาย(200 รายการ)คิดเป็น 200 รายการ

**กลุ่มเป้าหมาย :**

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่ง จังหวัดชัยภูมิ เป้าหมาย 20 รายการ

**แหล่งข้อมูล :** ระบบรายงานตัวชี้วัด กิจกรรม งาน คบส. ส่วนภูมิภาค และระบบ Skynet อย. จากส่วนกลาง (เข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข)

**สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :**  $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ 39 รพศ. / รพท. ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 27001

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดเขตสุขภาพที่ 9 ที่มีการจัดทำและใช้งานระบบบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) และผ่านการรับรองมาตรฐานISO/IEC 27001 จากหน่วยรับรองที่ได้รับการยอมรับ

ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน(ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน(เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน(ก.ค. - ก.ย.)
จัดทำที่ปรึกษา+ วิเคราะห์GAP + จัดตั้ง ISMS	ดำเนินระบบ+ อบรม + ทำ Internal Audit	External Audit และรับรองครบ ทุกแห่ง

กลุ่มเป้าหมาย : รพศ./รพท. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บข้อมูลการรับรองโดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวน รพศ./รพท. ที่ ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 27001 ในช่วงเวลาที่กำหนด

รายการข้อมูล 2 B = จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด

**ตัวชี้วัดที่ 40 ความครอบคลุมในการให้ วัคซีนพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน- ความครอบคลุม วัคซีนพื้นฐาน**

1. ความครอบคลุมในการให้ วัคซีนพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน- ความครอบคลุม วัคซีนพื้นฐาน
  - เด็กอายุ 0-5 ปีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าร้อยละ 90 และ วัคซีน MMR มากกว่าร้อยละ 95
  - เด็กหญิง ป.5 ได้รับการฉีด วัคซีน HPV ตามที่ได้รับการ จัดสรร ร้อยละ 100
2. เด็กหญิง ป.5 ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ตามที่ได้รับการจัดสรร ร้อยละ 100

**คำนิยาม :**

**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบเกณฑ์**

เด็กอายุครบ 1 ปี	เด็กอายุครบ 2 ปี	เด็กอายุครบ 3 ปี	เด็กอายุครบ 5 ปี
- BCG(แรกเกิด) - HBV (แรกเกิด) - DTP-HB1-3/DTP-HB- Hib 1-3 -MMR1 -Rota1-3	- LAJE1/JE2 - DTP4 - Polio4 - MMR1 กรณีเก็บตก - MMR2	- LAJE2/JE3	-DTP5 - OPV5

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน HPV ของนักเรียนหญิงชั้น ป.5 หมายถึง ร้อยละของนักเรียนหญิงชั้น ป.5 ในเขตที่รายงานที่ได้รับวัคซีน HPV โดยพิจารณาจากวัคซีน HPV จากนักเรียนหญิงชั้น ป.5 ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในเขตที่รายงาน

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
EPI ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(ยกเว้น MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) HPV ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	EPI ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ยกเว้น MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) HPV ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	EPI ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ยกเว้น MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) HPV ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

**กลุ่มเป้าหมาย :**

EPI : เด็กอายุครบตามช่วงอายุ (1, 2,3 และ 5ปี) ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในเขตที่รายงาน (จากแฟ้ม Person) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มสถานะบุคคล Type area = 1 และ 3)

HPV : นักเรียนหญิงชั้น ป.5 ที่เรียนโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (ข้อมูลจากสารสนเทศของกระทรวงศึกษาธิการ)

**แหล่งข้อมูล :** รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

**สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :**  $(A/B) \times 100$

**สูตรคำนวณ EPI** =  $(A/B) \times 100$

**รายการข้อมูล 1 A** = จำนวนเด็กอายุครบตามช่วงอายุ ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์

**รายการข้อมูล 2 B** = จำนวนเด็กอายุครบตามช่วงอายุ ที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (type 1,3)

**สูตรคำนวณ HPV** =  $(A/B) \times 100$

**รายการข้อมูล 1A** = จำนวนนักเรียนหญิงชั้น ป5 ที่ได้รับวัคซีน HPV

**รายการข้อมูล 2 B** = จำนวนนักเรียนหญิงชั้น ป5 ที่เรียนในโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

(ข้อมูลจากสารสนเทศของกระทรวงศึกษาธิการ)

#### ตัวชี้วัดที่ 41 เปรียบเทียบการลงนามสัญญาจ้างลงทุน

##### คำอธิบาย :

1. เตรียมพร้อมล่วงหน้า เตรียมงบประมาณที่เสนอขอใหม่ให้พร้อมลงนามสัญญาได้ทันทีเมื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณในปี 2569.

2. เปรียบเทียบไตรมาสแรก (Front-Loaded) ปรับแผนการเบิกจ่ายให้เน้นหนักในช่วงไตรมาส 1-2

##### ของปีงบประมาณ

3. เปรียบเทียบการกักเงินสะสม รายการผูกพันข้ามปีงบประมาณให้เปรียบเทียบการกักเงินให้เสร็จภายในไตรมาสที่ 2

4. ลดขั้นตอนจัดซื้อจัดจ้าง ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารสัญญาให้เสร็จเร็วขึ้นตามแนวทางหนังสือ

##### ของ กค (กวจ) ล่าสุด

5. เปรียบเทียบรับและเบิกจ่าย ตรวจสอบพัสดุและเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จภายใน 5 วันทำการหลังจากตรวจสอบถูกต้อง.

6. ติดตามและรายงาน หัวหน้าหน่วยกำกับดูแล เปรียบเทียบและรวมปัญหาอุปสรรคพร้อมแนวทางแก้ไขต่อกรมบัญชีกลางวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

7. มาตรการกำกับดูแล กระทรวงเจ้าสังกัดและคณะกรรมการรัฐวิสาหกิจกำกับดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายเครื่องชี้วัด (เป้าหมายภาพรวมงบประมาณไม่น้อยกว่า 75-95%)

##### ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
ผลการดำเนินงาน - ครุภัณฑ์ ร้อยละ 100 - ก่อสร้างปีเดียว ร้อยละ 90 - ก่อสร้างผูกพัน ร้อยละ 20		

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่งที่ได้รับงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 42 ลำดับรวมผลงานเขตสุขภาพ ไม่เกินลำดับ 3 ของประเทศ จากการรวบรวมรายงานการประชุม  
ติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (TMM)

คำนิยาม :

ลำดับรวมผลงานเขตสุขภาพ ไม่เกินลำดับ 3 ของประเทศ หมายถึง คะแนนจากการคำนวณภาพรวมการ  
ดำเนินงานมากกว่า 7 คะแนน จากการประชุมติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (TMM)

ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน(ก.ค. - ก.ย.)
ติดตามผลการประชุมติดตามผล การดำเนินงานตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข (TMM) และรวบรวมผลคะแนน	ติดตามผลการประชุมติดตามผล การดำเนินงานตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข (TMM) และรวบรวมผลคะแนน	ติดตามผลการประชุมติดตามผล การดำเนินงานตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข (TMM) และรวบรวมผลคะแนน

กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่ง

แหล่งข้อมูล : สรุปการประชุมติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข  
(Tuesday Morning Meeting)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B)

รายการข้อมูล 1 A = คะแนนรวมจากการจัดลำดับตามเกณฑ์คะแนน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนรายงานการประชุมติดตามผล คะแนนภาพรวมการดำเนินงานมากกว่า 7 คะแนน

เกณฑ์คะแนน

- ลำดับ 1=10 คะแนน - ลำดับ 2 = 9 คะแนน - ลำดับ 3 = 8 คะแนน - ลำดับ 4 = 7 คะแนน
- ลำดับ 5 = 6 คะแนน - ลำดับ 6 = 5 คะแนน - ลำดับ 7 = 4คะแนน - ลำดับ 8 = 3 คะแนน
- ลำดับ 9 = 2 คะแนน - ลำดับ 10 = 1 คะแนน - คะแนนลำดับ 11 - 12 = 0

### ตัวชี้วัดที่ 43 โรงพยาบาลมีการนัดหมายผู้ป่วยออนไลน์เป็นรายชั่วโมง

คำนิยาม :

โรงพยาบาลที่มีระบบนัดหมายผู้ป่วยผ่านช่องทางดิจิทัล โดยกำหนดช่วงเวลานัดหมายเป็นรายชั่วโมง อย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการคิว การให้บริการ และการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ได้จริง อย่างน้อย 1 แผนก/ 1 โรงพยาบาล

ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
มีการดำเนินงาน 30 %	มีการดำเนินงาน 60%	มีการดำเนินงาน 100%

กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บข้อมูลจากระบบนัดหมายออนไลน์ หมอพร้อม

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวน โรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพที่ 9 ที่มีระบบนัดหมายผู้ป่วยออนไลน์แบบทำ กำหนดเวลาเป็นรายชั่วโมง และใช้งานจริง อย่างน้อย 1 แผนก

รายการข้อมูล 2 B = จำนวน โรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดเขตสุขภาพที่ 9

### ตัวชี้วัดที่ 44 มีการออกแบบและพัฒนารูปแบบ การบริการปฐมภูมิในการให้บริการ /คิดค้นนวัตกรรม สำหรับผู้ป่วย ในคลินิกสร้างสุขใกล้บ้าน และสามารถวัด Outcome สุขภาพ ได้

คำนิยาม :

คลินิกสร้างสุข พลิกโฉมบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขต 9 หมายถึง บริการสุขภาพรูปแบบใหม่ออกแบบ บริการโดยบูรณาการเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยมี 3 เป้าหมายหลักของโครงการ

1) ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ลดความแออัดในโรงพยาบาล

แผนขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิ หมายถึง แผนการดำเนินงานขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิ

ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
1. ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 9 2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ (Rapid Assessment, Journey Mapping) 3. ออกแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 9	1. จัดทำคู่มือคลินิกสร้างสุขและเครื่องมือเก็บข้อมูล 2. ทดลองในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด 4 อำเภอ	1. ประเมินผล & ขยายผลสู่ความยั่งยืน 2. สรุปบทเรียน (Policy Brief) 3. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์แผน Scale-upระดับอำเภอ/จังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย : พื้นที่นำร่องเป้าหมาย 4 จัดวัด 4 อำเภอ เขตสุขภาพที่ 9

**ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละการใช้พลังงานทางเลือก เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10**

**อธิบาย :**

การนำพลังงานทดแทนและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในโรงพยาบาล เช่น ระบบผลิตไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ (Solar Cell) ยานยนต์ไฟฟ้า (EV) และอุปกรณ์ประหยัดพลังงาน เช่น หลอดไฟ LED เพื่อลดการใช้พลังงานจากแหล่งดั้งเดิม ลดต้นทุนพลังงาน และลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
สมัครใช้งานระบบ 1. THEMS 2. greenclean.anamai ผล กิจกรรมการดำเนินงาน	กรอกข้อมูลในระบบ 1. THEMS 2. greenclean.anamai รายงานผลกิจกรรมการ ดำเนินงาน	ประเมินผลการใช้พลังงาน ทางเลือกมายังเขตสุขภาพที่ 9

กลุ่มเป้าหมาย : รพศ. รพท. และ รพช. ภายในเขตสุขภาพที่ 9

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม THEMS และ greenclean.anamai

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A) x 100/70 และ (B) x 100/30

รายการข้อมูล 1 A - ข้อมูลในระบบ THEMS ร้อยละ 70

รายการข้อมูล 2 B = ข้อมูลในระบบ greenclean.anamai ร้อยละ 30

**ตัวชี้วัดที่ 46** หน่วยบริการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการหรือสนับสนุนบริการ  
นอกเวลาราชการ ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน

**คำนิยาม :**

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการหรือ  
สนับสนุนบริการ นอกเวลาราชการ ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
ร้อยละ รพ. ที่จ่ายค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนร้อยละ 90	ร้อยละ รพ. ที่จ่ายค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนร้อยละ 90	ร้อยละ รพ. ที่จ่ายค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน นอกเวลา ไม่ เกินวันที่20 ของเดือน ร้อยละ 90

**กลุ่มเป้าหมาย :** หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ทุกแห่ง

**แหล่งข้อมูล :** แบบสำรวจการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการหรือสนับสนุนบริการ  
นอกเวลาราชการ

**สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :**  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการที่จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ให้บริการหรือ  
สนับสนุนบริการ นอกเวลาราชการ ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนถัดไป

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

**ตัวชี้วัดที่ 47** การบริหารตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4

**คำนิยาม :**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ภายในเขตสุขภาพเร่งรัดการบริหาร  
ตำแหน่งว่างข้าราชการ คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 โดยการขอใช้ตำแหน่งว่างที่สามารถบริหารจัดการได้  
ทั้งที่ได้รับอนุมัติและยังไม่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบริหาร  
ตำแหน่งว่างที่มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อส่วนราชการและประชาชน

**ค่าเป้าหมาย :**

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
ตำแหน่งว่าง น้อยกว่า ร้อยละ 4	ตำแหน่งว่าง น้อยกว่า ร้อยละ 4	ตำแหน่งว่าง น้อยกว่า ร้อยละ 4

**กลุ่มเป้าหมาย :** สสจ , รพศ. และรพท. ภายในเขตสุขภาพที่ 9

**แหล่งข้อมูล :** ระบบ HROPS และระบบติดตามการใช้ตำแหน่งว่าง เขตสุขภาพที่ 9

**สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :**  $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล 1 A = ตำแหน่งข้าราชการทั้งหมด

รายการข้อมูล 2 B = ตำแหน่งว่างข้าราชการ (ข้อมูลในระบบ HROPS ณ เดือนนั้นๆ)

## ตัวชี้วัดที่ 48 บุคลากรเข้าสู่ระบบ HIPPS

### คำนิยาม :

HIPPS ย่อมาจาก High Performance and Potential System (ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง) เป็นระบบที่สำนักงาน ก.พ. พัฒนาขึ้นเพื่อบริหารจัดการและพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญที่มีศักยภาพสูง (Talent Management) ให้มีความพร้อมสู่การเป็นผู้นำ นักบริหาร หรือผู้เชี่ยวชาญในอนาคต ผ่านการเรียนรู้ พัฒนา และการส่งเสริมประสบการณ์อย่างเป็นระบบ โดยมีกลไกการคัดเลือกพัฒนา และสร้างแรงจูงใจที่ชัดเจน

### ค่าเป้าหมาย :

3 เดือน (ม.ค. - มี.ค.)	6 เดือน (เม.ย. - มิ.ย.)	9 เดือน (ก.ค. - ก.ย.)
1. สํารวจผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs มากกว่า50 คน 2. อบรมทักษะภาษาต่างประเทศของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs 3. อบรมทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ HiPPs	1. ผู้สนใจและได้เข้าร่วมอบรมทักษะ ผ่านการทดสอบทักษะต่างประเทศ 2. ผู้สนใจและได้เข้าร่วมอบรมทักษะ ผ่านการทดสอบทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล	เขตสุขภาพมีผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ HiPPs อย่างน้อย 9 คน

### กลุ่มเป้าหมาย :

สจ. แห่งละ 1 คน , รพศ. แห่งละ 1 คน , สำนักงานเขต 1 คน หรือผู้ที่สนใจภายในเขตสุขภาพที่ 9

ตัวชี้วัดที่ 49 มีการพัฒนาผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) ร้อยละ 85 (รวมทุกประเภท)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สถานที่ที่จัดไว้สำหรับขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะและให้หมายความรวมถึงระบบรองรับสิ่งปฏิกูล

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ส้วมที่จัดไว้เพื่อให้บริการเป็นการทั่วไปใน สถานที่ต่าง ๆ ทั้งกรณีที่มีการจัดเก็บค่าบริการและไม่จัดเก็บค่าบริการ และให้หมายความรวมถึงส้วมที่จัดไว้เพื่อให้บริการภายในหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานของเอกชน

มาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและเป็นการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยให้ได้ มาตรฐาน โดยเน้นมาตรฐาน 3 ด้าน คือ ความสะอาด (Health) ความเพียงพอ (Accessibility) และความปลอดภัย (Safety) โดยมีเกณฑ์มาตรฐาน 16 ข้อ ดังนี้

1. พื้น ผืน เพดาน โถส้วม ที่ก่ดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำขุ่น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระ ที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้
5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ
6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ หรือบริเวณใกล้เคียง
7. มีการระบายอากาศดีและไม่มีกลิ่นเหม็น
8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด
9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตรา เป็นประจำ
10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่
11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ
12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว
13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน
14. ประตู ที่จับเปิด- ปิด และที่ล็อกด้านในสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
15. พื้นห้องส้วมแห้ง
16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สถานที่ 12 ประเภท ได้แก่ แหล่งท่องเที่ยว สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ร้านจำหน่ายอาหาร ตลาดสด โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานีขนส่งทุกประเภท สวนสาธารณะ ศาสนสถาน ส้วมริมทาง ห้างสรรพสินค้า

เกณฑ์การประเมิน :

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.สำรวจข้อมูล/เป้าหมายส้วม HAS 2.ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานให้สสอ./รพ.ทุกแห่ง ทราบ ผ่านระบบออนไลน์/หนังสือ 3.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการประเมินส้วม HAS ผ่านระบบออนไลน์ <a href="https://publictoilet.anamai.moph.go.th">https://publictoilet.anamai.moph.go.th</a>	1.ติดตามประเมินมาตรฐานHAS ผ่านระบบออนไลน์ กระจายให้ครอบคลุมสถานที่ 12 ประเภท 2. ส้วมสาธารณะ ผ่านมาตรฐานHAS ร้อยละ 30	1.ติดตามประเมินมาตรฐานHAS 2.ส้วมสาธารณะ ผ่านมาตรฐานHAS ร้อยละ 60	1.ติดตามประเมินมาตรฐานHAS 2.ส้วมสาธารณะ ผ่านมาตรฐานHAS ร้อยละ 85 3.สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค

วิธีการประเมินผล :

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล สำรวจข้อมูลในพื้นที่
2. อำเภอ (สสอ./รพ.) ส่งเสริมการพัฒนา และประเมินมาตรฐาน HAS
3. จังหวัดออกตรวจเยี่ยมเสริมพลัง และติดตามผลการดำเนินงานHAS
4. สำนักงานสาธารณสุข /โรงพยาบาล สรุปผลการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบ
5. QR Code ข้อมูล/คู่มือวิชาการส้วม HAS ดาวน์โหลดได้ที่ <https://shorturl.asia/DfXbj>



แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล สำรวจข้อมูลส้วม HAS ( 12 ประเภท ) ในพื้นที่รับผิดชอบ
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ประชุมชี้แจง อปท.เป้าหมายในพื้นที่
3. ประเมินมาตรฐานส้วม HAS ผ่านระบบออนไลน์ <https://publictoilet.anamai.moph.go.th>
4. สสอ./รพ. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569

แหล่งข้อมูล	เทศบาล/อบต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน/รพสต.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส้วมผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายส้วม สถานที่ 12 ประเภท
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานรายไตรมาส เดือนธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569

ตัวชี้วัดที่ 50 อปท. มีการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านสู่มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของ อปท. หมายถึง เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ หมายถึง คุณภาพน้ำทางด้านกายภาพ ทาง ด้านเคมี และทางด้านชีวภาพ ตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 จำนวน 21 พารามิเตอร์ โดยเริ่มต้นพัฒนาตามมาตรฐานคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านตามแนวทางการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านสะอาด 3 C (Clear Clean Chlorine) โดยดำเนินการร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา ในระยะเริ่มต้นเป็นการรับรองคุณภาพน้ำประปาของระบบประปาหมู่บ้าน ให้ผ่านมาตรฐานน้ำประปาสะอาดในระดับดี ระดับดีมาก เพื่อยกระดับให้ได้ตามมาตรฐานประปาดื่มได้ กรมอนามัย และให้ผ่านมาตรฐาน EHA 2001 ตามขั้นตอนการดำเนินงานบันได 3 ชั้น

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

อำเภอ จำนวน 7 อำเภอ/อปท. (เทศบาล/อบต.) จำนวน 14 แห่ง/ระบบประปาหมู่บ้าน จำนวน 82 แห่ง

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- จังหวัดประชุมรับทราบนโยบายจากศูนย์ฯ - ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้อำเภอทราบ - สืบรวจข้อมูลระบบประปาหมู่บ้านทั้งจังหวัด/แยกรายอำเภอ - จังหวัดแจ้งรายชื่ออปท.สมัครเข้าร่วมโครงการให้ศูนย์ฯ	- อปท.ประเมินคุณภาพของระบบประปาหมู่บ้าน - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้านและแกนนำชุมชน - ระบบประปาหมู่บ้านของอปท.มีคุณภาพน้ำประปาผ่านมาตรฐานกรมอนามัย 25 แห่ง	- อปท.ประเมินคุณภาพของระบบประปาหมู่บ้าน - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน - ระบบประปาหมู่บ้านของอปท.มีคุณภาพน้ำประปาผ่านมาตรฐาน กรมอนามัย 50 แห่ง	-ระบบประปาหมู่บ้านของอปท.มีคุณภาพ น้ำประปาผ่าน เกณฑ์ คุณ ภาพ น้ำประปาดื่มได้ฯ จำนวน 82 แห่ง -สรุปผลการดำเนินงาน/รายงานศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา -คืนข้อมูลให้อำเภอ/อปท./เครือข่าย

วิธีการประเมินผล :

1. ศูนย์/จังหวัด ร่วมกำหนดพื้นที่ อปท.เป้าหมาย ในการพัฒนา
2. อปท.เป้าหมาย ประเมินตนเอง พัฒนางานตาม SOP และมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย
3. คณะกรรมการประเมินน้ำประปาดื่มได้ ศูนย์ฯ/จังหวัด ออกตรวจประเมินฯ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สรุปผลการประเมินส่ง คอ. 9 นม.

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. จังหวัด/ศูนย์ฯ ร่วมกันสำรวจข้อมูล และกำหนดพื้นที่ อปท.เป้าหมาย ในการพัฒนา
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้ อปท.

ในพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการ อปท.ที่เข้าร่วมมีการประเมินตนเอง และดำเนินงานตามมาตรฐาน/แนวทาง น้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับศูนย์ฯ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบงานผ่านระบบออนไลน์ และออนไลน์

แหล่งข้อมูล	เทศบาล/อบต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน เทศบาล/อบต. ที่มีระบบประปาหมู่บ้านผ่านมาตรฐานกรมอนามัย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเทศบาล/อบต. ที่เป็นเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2568
อปท.ที่มีการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านผ่านเกณฑ์น้ำประปาสะอาดระดับดีขึ้น	แห่ง/ระบบประปา	2/5	2/6	4/6

เอกสารแนบท้าย : เป้าหมายแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	อำเภอ	รายชื่อ อปท.เป้าหมาย	รายชื่อระบบประปาหมู่บ้าน	การยกระดับคุณภาพน้ำประปา
1	แก้งคร้อ	1. อบต.โคกสูง	4 ระบบ	พัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน
		2. ทต.หนองสังข์	5 ระบบ	
		3. อบต.หนองขาม	3 ระบบ	
		4. อบต.ท่ามะไฟหวาน	5 ระบบ	
2	บ้านเขว้า	5. ทต.ทุ่งทอง	6 ระบบ	
3	เกษตรสมบูรณ์	6. อบต.โนนทอง	5 ระบบ	
		7. อบต.โนนออก	4 ระบบ	
		8. อบต.บ้านหัน	9 ระบบ	
4	หนองบัวแดง	9. อบต.หนองแวง	6 ระบบ	
		10. ทต.หนองบัวแดง	4 ระบบ	
5	หนองบัวระเหว	11. ทต.ห้วยแย้	7 ระบบ	
		12. ทต.บ้านเพชรภูเขียว	3 ระบบ	
6	ภูเขียว	13. อบต.กุศยม	4 ระบบ	
		14. ทต.ห้วยยาง	17 ระบบ	
7	คอนสาร			
รวม..... จำนวน 7 อำเภอ 14 อปท. 82 ระบบ				

Update ล่าสุดวันที่ 07/01/69

ตัวชี้วัดที่ 51 ร้อยละของพื้นที่เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต. ขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี (Healthy City)

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

เมืองสุขภาพดี หมายถึง เมืองที่มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ สังคม อย่างต่อเนื่อง และขยายฐานทรัพยากรชุมชน ด้วยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดำรงชีวิต และช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดในการดำรงชีวิต (WHO, 1996)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ และประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี โดยแบ่งระดับการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับทองแดง ผ่านตัวชี้วัด ระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)
2. ระดับเงิน ผ่านตัวชี้วัด ระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)
3. ระดับทอง ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)

พื้นที่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต. ในจังหวัด

จำนวน 142 แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
เทศบาลเมือง 1 แห่ง	ร้อยละ 10 (4 แห่ง) (เทศบาล)	ร้อยละ 15 (6 แห่ง) (เทศบาล)	-ร้อยละ 10 (15 แห่ง) (เทศบาล,อบต.)	-

กลุ่มเป้าหมาย :

หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เขตเมือง/เขตตำบล

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงานฯ ปี 69 - จังหวัดแจ้งประชาสัมพันธ์เชิญชวน	- อปท.มีการประเมินตนเองในระบบออนไลน์เมืองสุขภาพดี - อปท.เป้าหมาย ค้นหา GAP/วางแผนและ	- อปท.เป้าหมาย ดำเนินการพัฒนางานตามตัวชี้วัด /แนบเอกสารในระบบ - อำเภอ/จังหวัด/ศูนย์ฯ ออกตรวจประเมินรับรอง	- ศูนย์ฯ รายงานผลการตรวจประเมินฯ ให้กรมอนามัยทราบ - กรมอนามัย ประกาศรับรองผลการประเมินฯ

อปท.สมัครเข้าร่วมโครงการ - แต่งตั้งคณะทำงาน ตรวจประเมินเมือง สุขภาพดีระดับอำเภอ/ จังหวัด	ดำเนินการขับเคลื่อนเมือง สุขภาพดี - จังหวัด/อำเภอ ออก เยี่ยมเสริมพลัง อปท. เป้าหมาย และแนะนำ ปรับปรุงพัฒนางาน	ดำเนินงานเมืองสุขภาพดี อปท.เป้าหมาย - ระดับทองแดง, เงิน จังหวัดประเมินรับรอง - ระดับทอง แจ้างประสาน ศูนย์ฯ ประเมินรับรอง	- ศูนย์ฯ/กรมอนามัย มอบโล่/ใบประกาศ ให้แก่ อปท. ที่ผ่านการประเมิน รับรอง - จังหวัด จัดพิธีมอบโล่/ ใบประกาศให้แก่ อปท.ที่ ผ่านการรับรองในเวที จังหวัด
--	--	---	---

**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :**

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานของ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการฯ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมจัดส่งให้ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

2. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ และส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ ให้กรมอนามัย (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)

<b>แหล่งข้อมูล</b>	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวน อปท. ที่มีกระบวนการพัฒนาเมือง ครบทั้ง 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี 2. วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3. จัดทำแผนขับเคลื่อนและยกระดับเมือง เพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดี
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = ผลการประเมินเกณฑ์การประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดีของ อปท.ที่เข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี โดยแบ่งระดับการประเมิน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับทองแดง ผ่านตัวชี้วัด ระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ) 2. ระดับเงิน ผ่านตัวชี้วัด ระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ) 3. ระดับทอง ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายงานไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569 และ กันยายน 2569)

**ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562**

**หน่วยวัด : ร้อยละ**

**คำอธิบาย :**

การขับเคลื่อนกลไกภายใต้พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของโครงการโดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมพ.ศ. 2562 ประกอบด้วย

1. จัดทำและดำเนินการตามระบบการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม โดยจัดทำกระบวนการ กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อม เช่น การฝึกซ้อมชนิดบนโต๊ะเป็นต้น อย่างน้อย 1 โรคตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ 6 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจาก ฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคจำรังสีแตกตัวหรือ จำรังสีชนิดก่อก่อไอออน) และโรคจากสิ่งแวดล้อม 3 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วโรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โรคจำรังสีแตกตัวหรือ จำรังสีชนิดก่อก่อไอออน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่จำนวน 1 ฉบับ

2.ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอมาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/กทม.

3. ดำเนินการ ให้หน่วยบริการ ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการอาชีพเวชกรรมหรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปกำหนด และหน่วยบริการต้องดำเนินการตามมาตรฐานมาตรา 24

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำสถานการณ์ด้านโรคฯ และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ใน	1. พัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวน โรคฯ ของ	1. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ มีการแจ้ง การ	1. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์มีการแจ้งการ

พื้นที่ให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ 2. จัดทำแผนการพัฒนา ระบบการแจ้ง การ รายงาน การสอบสวนโรค ฯ ของ จังหวัด 3. จัดทำข้อมูล สถานพยาบาลเพื่อ รับทราบการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ	จังหวัด (มีกระบวนการ และ ผู้รับผิดชอบชัดเจน) 2. ขับเคลื่อนมาตรการ เฝ้าระวังฯ ผ่านกลไก คณะกรรมการฯ จังหวัด/ กทม. 3. จัดประชุมการพัฒนา ระบบข้อมูลและกลไกการ เฝ้าระวัง การป้องกัน การ ควบคุมโรค และชี้แจงการ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ อาชีวเวชกรรมหรือเวช กรรมสิ่งแวดล้อม รวม ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	รายงาน การสอบสวนโรค ฯ ตามระบบที่วางไว้ 2.ออกตรวจสอบ หน่วย บริการตามคุณสมบัติและ มาตรฐานตามกำหนดใน การ การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการอาชีวเวช กรรมหรือเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ตาม มาตรฐานมาตรา 24	รายงานการสอบสวนโรค ฯตามระบบที่วางไว้ 2. สรุปผลการการขึ้น ทะเบียน หน่วยบริการอา ชีวเวชกรรมหรือเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ตาม มาตรฐานมาตรา 24 3. สรุปผลการ ดำเนินงานรอบ12เดือน พร้อมระบุ ปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะ ไป ยัง สคร.9
---	--	---	---

วิธีการประเมินผล : จังหวัดชัยภูมิ รวบรวมผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบและจัดทำสรุป ส่ง  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : จังหวัดชัยภูมิ รายงานข้อมูลตามแบบรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนด

แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญครบทั้ง3ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 - 4)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2567	2568	2569
		-	-	2 แห่ง

ตัวชี้วัดที่ 53 ระดับความสำเร็จงานอาชีวอนามัยภาคอุตสาหกรรมและในสถานบริการสาธารณสุข

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมายถึง สถานประกอบการกิจการมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยภาคอุตสาหกรรมและสถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ดังนี้

1) โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข สถานประกอบการในจังหวัดชัยภูมิสมัคร เข้าร่วมโครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 8 แห่ง

2) มาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข (รพศ/รพช/ รพ.สต.) โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่หมดอายุรับรองและโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป และ รพ.สต. ร้อยละ 45 ต่ออำเภอ ผ่านเกณฑ์ การประเมินระดับเริ่มต้น พัฒนาขึ้นไป มีการแบ่งระดับภายหลังจากการ ประเมิน 4 ระดับ ประกอบด้วย ระดับเริ่มต้นพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเด่น

เกณฑ์เป้าหมาย :

A1 สถานประกอบการกิจการ เข้าร่วมโครงการ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุขปี 2569

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	8 แห่ง	-

A2 หน่วยบริการเข้าร่วมประเมินมาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ปี 2569

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 35	ร้อยละ 45	-

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอาชีวอนามัยภาคอุตสาหกรรมและในสถานบริการสาธารณสุข ๑ ตามโครงการสถานประกอบการปลอดโรค	๑ ประสานสถานประกอบการ รับสมัครตามโครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยภายใจเป็นสุข ๒ ประสานสถานบริการสาธารณสุข สมัครรับการ	มีแผนการออกประเมินโครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข และ มาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในสถาน	สรุปผลการดำเนินงาน 1.สถานประกอบการประเมิน ผ่านตามมาตรฐานสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข

ปลอดภัย ภูมิใจเป็นสุข ๒) มาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในสถาน บริการสาธารณสุข (รพศ/รพช/ รพ.สต.)	ประเมินการจัดบริการอา ชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	บริการสาธารณสุข (รพศ/ รพช/ รพ.สต.)	2.สถานบริการ สาธารณสุข (รพศ/รพช/ รพ.สต.) ผ่านการประเมิน ตามมาตรฐานงานอาชีว อนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในสถาน บริการสาธารณสุข และ ได้รับเกียรติบัตร ในระดับ ดีเด่น
--	---	---------------------------------------	--

**วิธีการประเมินผล :**

จังหวัดชัยภูมิ รวบรวมผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบและจัดทำสรุป ส่ง สำนักงาน  
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : จังหวัดชัยภูมิ รายงานข้อมูลตามแบบรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนด

แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานประกอบกิจการที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบกิจการ 8 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 - 4)

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2567	2568	2569
จำนวนสถานประกอบกิจการเข้าร่วม โครงการฯ	แห่ง	4	4	8
จำนวนสถานบริการประเมินมาตรฐานอาชีว อนามัย	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 25	มากกว่าร้อย ละ35	ร้อยละ 45

เป้าหมายการดำเนินงาน (เพิ่มเติมโดยรายละเอียด)

๑) โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข จำนวน ๘ แห่ง

อำเภอ	เป้าหมาย	หมายเหตุ
เมืองชัยภูมิ	2 แห่ง	
ภูเขียว	2 แห่ง	
บำเหน็จณรงค์	1 แห่ง	
จัตุรัส	1 แห่ง	
หนองบัวแดง	1 แห่ง	
หนองบัวระเหว	1 แห่ง	
แก่งคร้อ	1 แห่ง	
อำเภออื่นๆ	2 แห่ง	

2) มาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ( รพศ/รพช/ รพ.สต.)

- เป้าหมายผลการดำเนินงานมาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลรพศ/รพช/รพช

ร้อยละ ๗๐

ลำดับที่	สถานบริการ	ประเภทการประเมิน ปี ๒๕๖๔
1	โรงพยาบาลคอนสวรรค์	Re – Accredited ระดับ ดีเด่น
2	โรงพยาบาลคอนสาร	Re – Accredited ระดับ ดี/มากกว่า
3	โรงพยาบาลหนองบัวระเหว	Re – Accredited ระดับ ดี /มากกว่า
4	โรงพยาบาลเนินสง่า	Re – Accredited ระดับ ดี/มากกว่า

5	โรงพยาบาลภักดีชุมพล	Re – Accredited ระดับ ดี/มากกว่า
6	โรงพยาบาลบ้านแท่น	Re – Accredited ระดับ ดี/มากกว่า
7	โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์	Re – Accredited ระดับ ดี/มากกว่า

- เป้าหมายผลการดำเนินงานมาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 45

อำเภอ	จำนวน รพ.สต.ใน สังกัด สธ.	ผลการดำเนินงาน		รวม	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๕
		รพ.สต. ปี 2567	รพ.สต. ปี 2568		
เมืองชัยภูมิ	10	5	3	8	1
ภูเขียว	13	2	0	2	4
หนองบัวระเหว	1	1	0	1	1
บำเหน็จณรงค์	3	2	1	3	0
เทพสถิต	3	3	1	4	0
คอนสาร	4	อบจ 2 สธ 1	อบจ 1 สธ 1	2	0
ภักดีชุมพล	2	1	1	2	0
เกษตรสมบูรณ์	15	1	0	1	5
เนินสง่า	6	2	1	3	1
แก่งคร้อ	1	1	0	1	อบจ 1
บ้านแท่น	6	2	1	3	1
คอนสวรรค์	9	8	1 / Re 1	๙	0
จัตุรัส	9	อบจ 1	1	1	4
หนองบัวแดง	5	1	2	3	2
บ้านเขว้า	0	0	0	0	อบจ 1
ซับใหญ่	3	1	1	2	0
สังกัด อบจ			10	2	8

ตัวชี้วัดที่ 54 ร้อยละ 40 ของ อปท. ผ่านการประเมินมาตรฐาน EHA ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป  
(อปท.ทั้งหมด 142 แห่ง ร้อยละ 40 คิดเป็นจำนวน 57 แห่ง)

คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม อปท. (EHA) หมายถึง คุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environment Health Accreditation : EHA) ประกอบด้วย 9 ประเด็นหลัก คือ 1. การจัดการสุขาภิบาลอาหาร 2. การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค 3. การจัดการสิ่งปฏิกูล 4. การจัดการมูลฝอย 5. การรับรองภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ 6. การจัดการเหตุรำคาญ 7. การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 8. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ 9. การบังคับใช้กฎหมาย และ 20 ประเด็นงานย่อย (9 ประเด็นหลัก 20 ประเด็นย่อย)

องค์ประกอบการประเมิน (รวม 200 คะแนน)

1. องค์ประกอบที่ 6 การจัดการกระบวนการ คะแนนเต็ม 100 คะแนน
2. องค์ประกอบที่ 7 การวัดผลลัพธ์ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

แบ่งระดับการประเมิน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ไม่ผ่าน หมายถึง ได้คะแนนองค์ประกอบที่ 6,7 น้อยกว่า 60 คะแนน
- พื้นฐาน หมายถึง ได้คะแนนองค์ประกอบที่ 6,7 60 – 79 คะแนน
- เกียรติบัตรรับรอง หมายถึง ได้คะแนนองค์ประกอบที่ 6,7 80 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนน LPA

ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มเป้าหมาย : อำเภอ 16 อำเภอ/อปท. (เทศบาล/อบต.) จำนวน 142 แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40 (57 แห่ง)	ร้อยละ 40 (57 แห่ง)

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- จังหวัดประชุมรับทราบนโยบายจากศูนย์ฯ - ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน/พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อำเภอ/อปท. ผ่านระบบออนไลน์ / ออนไลน์) - ประชาสัมพันธ์เชิญชวนอปท. สมัครเข้ารับการตรวจประเมินฯ	- อปท.ประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ EHA Smart Web - แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมิน EHA จังหวัด/อำเภอ - จังหวัด/อำเภอ ตรวจสอบกำกับ ติดตามการพัฒนาของ อปท. ผ่านระบบ EHA Smart Web - จังหวัด/ศูนย์ ร่วมพิจารณาคัดเลือก EHA Excellence Award ปี 2568	- จังหวัด/ศูนย์ ตรวจสอบประเมินรับรอง EHA ให้แก่อปท. ผ่านระบบ Online/Onsite - ระดับพื้นฐาน ดี อำเภอ/จังหวัด ตรวจสอบประเมินรับรอง - ระดับเกียรติบัตรรับรอง (ดีมาก) ศูนย์ฯ ตรวจสอบประเมินรับรอง	- จังหวัดสรุปผลการดำเนินงาน/รายงานผลให้ศูนย์อนามัยทราบ - กรมอนามัย รับรองผลการตรวจประเมินฯ - จังหวัดคืนข้อมูลให้อำเภอ/อปท.

**วิธีการประเมินผล :**

1. เทศบาลที่สนใจส่งใบสมัครเข้ารับการประเมินฯ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. เทศบาล/อบต.ประเมินตนเอง พัฒนางานตาม SOP และมาตรฐาน EHA ที่สมัครประเมินฯ
3. คณะกรรมการประเมิน EHA ศูนย์ฯ/จังหวัด ออกตรวจประเมินฯ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สรุปผลการประเมินส่ง คอ. 9 นม.

**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :**

1. เทศบาล/อบต. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนางานตามมาตรฐาน EHA ใน 9 ประเด็นหลัก 20 ประเด็นย่อย
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้ อปท. ในพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการ อปท.ที่เข้าร่วมมีการประเมินตนเอง และดำเนินงานตามประเด็นที่สมัครเข้ารับการประเมินฯ
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับศูนย์ฯ ตรวจสอบประเมินงาน EHA ผ่านระบบออนไลน์ (EHA Smart Web)

แหล่งข้อมูล	เทศบาล/อบต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน เทศบาล/อบต. ผ่านมาตรฐาน EHA ระดับพื้นฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเทศบาล/อบต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569)

**เอกสารแนบท้าย :**

เป้าหมายแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)	ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)
1	เมืองชัยภูมิ	6	9	หนองบัวแดง	3
2	บ้านเขว้า	4	10	ภักดีชุมพล	3
3	คอนสวรรค์	4	11	จัตุรัส	5
4	แก่งคร้อ	5	12	บ้านน้ำจืด	3
5	ภูเขียว	5	13	เทพสถิต	3
6	เกษตรสมบูรณ์	5	14	หนองบัวระเหว	3
7	บ้านแท่น	3	15	เนินสง่า	1
8	คอนสาร	3	16	ซับใหญ่	1
<b>รวม.....อปท.เป้าหมาย จำนวน 57 แห่ง</b>					

Update ล่าสุด\_06/01/69

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละ 60 ของ อปท. (เทศบาล/อบต.) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎหมาย

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง อปท. (เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลครบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ข้อมูลการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล 2) ข้อมูลการเก็บและขนสิ่งปฏิกูล 3) ข้อมูลการกำจัดสิ่งปฏิกูล และ 4) แผนการจัดการสิ่งปฏิกูล

ผลการประเมิน : อปท. ต้องมีการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลครบทั้ง 4 ด้าน

กลุ่มเป้าหมาย : อำเภอ 16 อำเภอ/อปท. (เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) จำนวน 142 แห่ง

เกณฑ์การประเมิน :

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - จัดทำตัวชี้วัดและ Template งานการจัดการสิ่งปฏิกูลของอปท. - แจกสสอ./รพ. ทุกแห่ง	- สำรวจข้อมูล/กำหนด/คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการพัฒนา/ - ติดตามออกเยี่ยมเสริมพลัง/เสนอแนะการปรับปรุงพัฒนา อปท.เป้าหมาย - อปท.เป้าหมาย มีการประเมินตนเอง ครบทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 50	- อปท.เป้าหมาย มีการประเมินตนเอง ครบทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 100 - อปท. ผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 30 - ติดตาม ออกเยี่ยมเสริมพลัง เสนอแนะการปรับปรุงพัฒนา	- อปท. ผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 70 - สรุปผลการดำเนินงานแจ้งศูนย์อนามัยที่ 9 นม. - ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ - จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกัน

วิธีการประเมินผล :

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล มีการสำรวจข้อมูลเทศบาลในพื้นที่
2. เทศบาล มีการประเมินตนเอง และพัฒนาการดำเนินงาน
3. จังหวัดออกตรวจเยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผลการดำเนินงาน
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สรุปผลการดำเนินงาน ส่ง คอ. 9 นม.

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล สำรวจข้อมูลในพื้นที่
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ประชุมชี้แจง อปท.เป้าหมายในพื้นที่

3. อปท.เป้าหมาย มีการประเมินตนเอง ครบทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ข้อมูลการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล (2) ข้อมูลการเก็บ และขนส่งสิ่งปฏิกูล (3) ข้อมูลการกำจัดสิ่งปฏิกูล (4) แผนการจัดการสิ่งปฏิกูล

แหล่งข้อมูล	เทศบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน เทศบาล ผ่านการประเมินการจัดการสิ่งปฏิกูลครบ ทั้ง 4 ด้าน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเทศบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569)

เอกสารแนบท้าย : เป้าหมายแยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2569 Update ล่าสุด 01/01/69

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)	ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)
1	เมืองชัยภูมิ	15	9	หนองบัวแดง	7
2	บ้านเขว้า	6	10	ภักดีชุมพล	5
3	คอนสวรรค์	6	11	จัตุรัส	8
4	แก้งคร้อ	6	12	บำเหน็จณรงค์	7
5	ภูเขียว	8	13	เทพสถิต	5
6	เกษตรสมบูรณ์	7	14	หนองบัวระเหว	5
7	บ้านแท่น	5	15	เนินสง่า	3
8	คอนสาร	5	16	ซับใหญ่	2
รวม.....อปท.เป้าหมาย จำนวน 86 แห่ง					

ตัวชี้วัดที่ 56 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระดับมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน/  
กฎหมายกำหนด

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ตามนิยามของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

1. เป็นอาคาร สถานที่ หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะและมีใช้การขายของในตลาด
2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ
3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น

โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้

- (1) เกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หรือ
- (2) เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ( SAN ) ระดับพื้นฐาน หรือ
- (3) เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ( SAN Plus ) ระดับดีมาก

อาหารริมบาทวิถี หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต โดยแบ่งเกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี เป็น 2 ระดับ คือ

ระดับพื้นฐาน ( SAN )

1. ผู้ประกอบกิจการอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร ( ผู้จำหน่ายอาหาร/ผู้ช่วยจำหน่ายอาหาร ) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด
  2. ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย
  3. ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ จำนวน 20 ข้อ
- ระดับดีมาก ( SAN Plus ) : Street Food Good Health

1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (SAN)
2. ผ่านเกณฑ์ Street Food Good Health 4 มิติ ได้แก่
  - มิติสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ( ผ่านทุกข้อ )
  - มิติด้านเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ ( ผ่าน 3 ข้อ )
  - มิติด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ ( ผ่าน 2 ข้อ )
  - มิติด้านวัฒนธรรม จำนวน 2 ข้อ ( ผ่าน 1 ข้อ )

มาตรฐานตลาดนัดน้ำซ้อ ตลาดนัด หมายถึงตลาดที่ต้องจัดให้มีส่วนประกอบของสถานที่และสิ่งปลูกสร้าง ได้แก่ สถานที่สำหรับผู้ขายของ ห้องส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ และที่เก็บรวบรวมหรือรองรับมูลฝอย เป็นไปตามหลักเกณฑ์และสุขลักษณะ โดยแบ่งเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตลาดนัด เป็น 2 ระดับ คือ

#### ระดับพื้นฐาน ( SAN )

1. ผู้ขายผู้ช่วยขายของผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
2. ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย
3. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตลาดสด จำนวน 20 ข้อ

#### ระดับดีมาก ( SAN Plus ) : ตลาดนัดน้ำซ้อ ( Temporary Market )

1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ( SAN )
2. ผ่านการตรวจการปนเปื้อนหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์มือผู้ขาย ผู้ช่วยขายอาหาร ( ผ่านร้อยละ 90 )
3. ผ่านการตรวจสารปนเปื้อน 3 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ฟอร์มาลิน สารกันรา บอแรกซ์ สารฟอกขาว ยาฆ่าแมลง และไม่พบสารปนเปื้อนในอาหารตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย ( Food safety )

**มาตรฐานตลาดสดน้ำซ้อ ตลาดสด** หมายถึงตลาดที่มีส่วนประกอบของสถานที่และสิ่งปลูกสร้าง ได้แก่ อาคารสิ่งปลูกสร้างสำหรับผู้ขายของ ที่ขนถ่ายสินค้า ห้องส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ ที่เก็บรวบรวมหรือที่รองรับมูลฝอย และที่จอดยานพาหนะ ต้องมีและเป็นไปตามหลักเกณฑ์และสุขลักษณะ โดยแบ่งเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตลาดสด เป็น 2 ระดับ คือ

#### ระดับพื้นฐาน

1. ผู้ขายผู้ช่วยขายของผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
2. ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย
3. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตลาดสด จำนวน 20 ข้อ

#### ระดับดีมาก : ตลาดสดน้ำซ้อ ( Healthy Market )

1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (SAN)
2. ผ่านการตรวจการปนเปื้อนหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ มือผู้ขาย ผู้ช่วยขายอาหาร ( ผ่านร้อยละ 90 )
3. ผ่านการตรวจสารปนเปื้อน 3 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ฟอร์มาลิน สารกันรา บอแรกซ์ สารฟอกขาว ยาฆ่าแมลง และไม่พบสารปนเปื้อนในอาหารตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย (Food safety)
4. ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ Plus

4.1 จัดให้มีช่องทางแสดงความคิดเห็นจากประชาชน รวมถึงการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่ผู้ซื้อหรือผู้บริโภค

4.2 จัดให้มีเครื่องชั่งกลางที่ได้มาตรฐานไว้บริการผู้บริโภคในตลาดอย่างน้อย 1 จุด และติดป้ายบอกไว้ชัดเจน

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
สถานที่จำหน่ายอาหาร -SAN SAN Plus	-ร้อยละ 70 -ร้อยละ 3 ของ SAN	-ร้อยละ 75 -ร้อยละ 3 ของ SAN	-ร้อยละ 80 -ร้อยละ 4 ของ SAN
ตลาดสดน้ำซึ้อ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ตลาดนัดน้ำซึ้อ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
อาหารริมบาทวิถี	4 แห่ง (เมือง,บข,กษ,ภข)	4 แห่ง (เมือง,บข,กษ,ภข )	4 แห่ง (เมื่อ,บข,กษ,ภข)

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.สำรวจข้อมูล 2.กำหนด/คัดเลือก เป้าหมายการพัฒนา 3.รายงานข้อมูล กลุ่มเป้าหมายไปยัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ 4.วางแผนการ ดำเนินงานในพื้นที่	สถานประกอบการผ่านการ ประเมินรับรอง ดังนี้ -ร้านอาหาร SAN ร้อยละ 20 --ตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ SAN ร้อยละ ร้อยละ 60 -ตลาดนัดน้ำซึ้อ SAN ร้อยละ 30 -อาหารริมบาทวิถี 2 แห่ง	สถานประกอบการผ่านการ ประเมินรับรอง ดังนี้ -ร้านอาหาร SAN ร้อยละ 20 -ร้านอาหาร SAN Plus ร้อยละ 2 ของ SAN -ตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ SAN ร้อยละ 80 -ตลาดนัดน้ำซึ้อ SAN ร้อยละ 60อาหารริมบาทวิถี 4 แห่ง	สถานประกอบการผ่านการ ประเมินรับรอง ดังนี้ -ร้านอาหาร SAN ร้อยละ 20 -ร้านอาหาร SAN Plus ร้อยละ 3 ของ SAN --ตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ SAN ร้อยละ 100 -ตลาดนัดน้ำซึ้อ SAN ร้อยละ 70 -อาหารริมบาทวิถี 4 แห่ง

**วิธีการประเมินผล :**

1. โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด
2. สถานประกอบการด้านอาหารแต่ละประเภท ประเมินตนเองตามเกณฑ์และโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรุปรวบรวมรายงานผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ( มกราคม 2569 )
3. คณะกรรมการระดับพื้นที่ติดตามประเมินผลการพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลสรุปรวบรวมรายงานผล ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ( มีนาคม 2569 )
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สนับสนุน ติดตาม กำกับกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของอำเภอและ อปท.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สรุปผลการดำเนินงานภาพรวมจังหวัด

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์ประเมิน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1.มีข้อมูล สปก	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
2.การผ่านการรับรอง					
2.1 SAN	≤ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2.2 SAN Plus	มีการประเมิน	ร้อยละ 1	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4
2.3ตลาดสดผ่าน SAN	≤ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
2.4ตลาดนัดผ่าน SAN	≤ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
2.5 SFGH		ดำเนินการประเมิน	SAN	SAN ประเมิน SAN+	ผ่าน SAN+
คะแนนเต็ม ( 30 คะแนน )					

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล :

- 1.ประเมินสถานประกอบการอาหาร: <https://foodhandler.anamai.moph.go.th>
- 2.อำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เป็นรายไตรมาส

แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยคิดแยกตามประเภท ได้แก่ สถานที่จำหน่ายอาหาร อาหารริมบาทวิถี ตลาดสด ตลาดนัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการอาหารทั้งหมด โดยคิดแยกตามประเภท
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ( ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569, กันยายน 2569 )

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
สถานที่จำหน่ายอาหาร SAN	ร้อยละ	37.76	43.04	
ตลาดสดนำซื้อ	ร้อยละ	85.18	92.59	96.29
ตลาดนัดนำซื้อ	ร้อยละ	28.28	38.38	
อาหารริมบาทวิถี	แห่ง	3	4	