



รายละเอียด

ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
(สำหรับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

ปีงบประมาณ 2569



0 3851 1189



<https://cco.moph.go.th/cco24/cco/>

ตัวชี้วัด คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2569

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา



9 ประเด็นมุ่งเน้น : 15 KPIs

* PA ปลัด กสร. : 5 KPIs

1 อนามัยแม่และเด็ก (2 ตัวชี้วัด)

1.1 พัฒนาการสมวัย*

1.2 ฝากครรภ์ (≤ 12 สัปดาห์), ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์, ดูแลหลังคลอด (3 ครั้ง), มารดา ตกเลือดหลังคลอด, มารดาตาย



4 สุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรม (2 ตัวชี้วัด)

4.1 ฟันดีไม่มีผุ

4.2 ผู้ป่วย DM รายใหม่ได้รับการดูแลช่องปาก, กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ/ ผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมฯ, Sandbox เด็กฟันดี



7 แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (1 ตัวชี้วัด)

7.1 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรสิทธิ UC, ผู้รับบริการปฐมภูมิด้วยแพทย์แผนไทยฯ, Intermediate Care แพทย์แผนไทยฯ, ผู้ป่วย Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร



ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (CD) (1 ตัวชี้วัด)

2.1 วัคซีน, MMR, ไข้เลือดออก



2

ระบบบริการและเครือข่ายสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด)

5.1 ปฐมภูมิ *

5.2 RDU district



5

ระบบสุขภาพดิจิทัล (1 ตัวชี้วัด)

8.1 Telemedicine sw.สต.,* MOPH Refer, ระบบนัดหมายออนไลน์



8

3 ป้องกันโรคไม่ติดต่อ (DM/HT) (1 ตัวชี้วัด)

3.1 ตรวจติดตาม DM/HT, DM Control, HT Control, DM Remission



6 สุขภาพจิตและยาเสพติด (1 ตัวชี้วัด)

6.1 อัตราการฆ่าตัวตาย, ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ, Retention Rate*



9 ระบบบริหารจัดการ (4 ตัวชี้วัด)

9.1 ITA
9.2 ควบคุมภายใน
9.3 ประสิทธิภาพหน่วยบริการ* (TPS)
9.4 การพัฒนางานด้านวิชาการ





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
CHACHOENGSAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

สรุปตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
1	ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	8	ร้อยละ	< 75	75 - 79.99	80 - 84.99	85 - 89.99	≥ 90	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	PA ปลัด / Health KPI / ตรก.
2	คะแนนการดำเนินงานอนามัยมารดา <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ร้อยละหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการติดตาม 3 ครั้งตามเกณฑ์ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 4</u> : ร้อยละของมารดาตกเลือดหลังคลอด <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 5</u> : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	6	คะแนน	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	≥ 25	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	ตรก. (มารดาตาย)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
3	อัตราความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : (1.1) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคฯ // (1.2) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคฯ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : อัตราความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี (MMR2) <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไขเลือดออก // (3.1) จำนวนผู้ป่วยโรคไขเลือดออก ลดลงร้อยละ 20 ของค่า Median ปีงบประมาณ 2564 - 2568 // (3.2) อัตราผู้ป่วยตายด้วยไขเลือดออก ไม่เกิน ร้อยละ 0.08 // (3.3) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0)	6	คะแนน	0 – 0.99	1.00 - 1.99	2.00 – 2.99	3.00 – 3.99	4.00 – 5.00	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	Health KPI / ตรก. (TB, MMR2)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
4	คะแนนการดำเนินงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (DM/HT) <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 4</u> : ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 5</u> : . ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)	6	คะแนน	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	Health KPI / ตรก.

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
5	คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 - 12 ปี <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ร้อยละของเด็ก 6 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	6	คะแนน	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	Health KPI / ตรก.
6	คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : โรงเรียนประถมศึกษาในสังกัด สพป. ฉะเชิงเทรา เข้าร่วมกิจกรรม Sandbox จังหวัดเด็กฟันดี	6	คะแนน	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
7	คะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ <u>ตัวชี้ย่อยที่ 1</u> : เด็กอายุ 0 - 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ <u>ตัวชี้ย่อยที่ 2</u> : เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ <u>ตัวชี้ย่อยที่ 3</u> : ประชากรอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน <u>ตัวชี้ย่อยที่ 4</u> : ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน <u>ตัวชี้ย่อยที่ 5</u> : ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ <u>ตัวชี้ย่อยที่ 6</u> : อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการ เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย <u>ตัวชี้วัดย่อยเชิงคุณภาพ</u> หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัด (ค.ป.ค.ม.) เกณฑ์การให้คะแนน 8 ส่วน/ Best practice	8	คะแนน	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ	PA ปลัด / Health KPI / ตรก.

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
8	อำเภอผ่านเกณฑ์ อำเภอใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU district)	6	ระดับ ความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ 1 1) รพ.ผ่าน เกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 6 ใน 12 ช้อ 2) ร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต. ใน อำเภอผ่าน เกณฑ์ RDU PCU 3) ร้อยละ 40 ของจำนวน ร้านชำ เป้าหมาย ได้รับการ ตรวจด้วย โปรแกรม G- RDU	ขั้นตอนที่ 2 1) รพ.ผ่าน เกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 7 ใน 12 ช้อ 2) ร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต. ใน อำเภอผ่าน เกณฑ์ RDU PCU 3) ร้อยละ 60 ของจำนวน ร้านชำ เป้าหมายได้รับ การตรวจ โปรแกรม G- RDU	ขั้นตอนที่ 3 1) รพ.ผ่าน เกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 8 ใน 12 ช้อ 2) ร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต. ใน อำเภอผ่าน เกณฑ์ RDU PCU 3) ร้อยละ 60 ของจำนวน ร้านชำ เป้าหมาย ได้รับการตรวจ ด้วยโปรแกรม G-RDU และ ผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ร้อยละ 10	ขั้นตอนที่ 4 1) รพ.ผ่าน เกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 9 ใน 12 ช้อ 2) ร้อยละ 70 ของจำนวน รพ.สต. ใน อำเภอผ่าน เกณฑ์ RDU PCU 3) ร้อยละ 80 ของจำนวน ร้านชำ เป้าหมาย ได้รับการตรวจ ด้วยโปรแกรม G-RDU และ ผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ร้อยละ 15	ขั้นตอนที่ 5 1) รพ.ผ่าน เกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 10 ใน 12 ช้อ 2) ร้อยละ 80 ของจำนวน รพ.สต. ใน อำเภอผ่าน เกณฑ์ RDU PCU 3) ร้อยละ 100 ของ จำนวนร้านชำ เป้าหมาย ได้รับการตรวจ ด้วยโปรแกรม G-RDU และ ผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ร้อยละ 20	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
9	คะแนนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด <u>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</u> <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงจากปีที่ผ่านมา <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	8	คะแนน	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	PA ปลัด (Retention Rate) / Health KPI / ตรก.

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
10	คะแนนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 4</u> : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	6	คะแนน	< 65	65 - 69.99	70 - 74.99	75 - 79.99	≥ 80	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Health KPI / ตรก. (มูลค่าการใช้ยาฯ , ประชาชนได้รับบริการในระดับปฐมภูมิฯ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
11	คะแนนของหน่วยบริการในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : ร้อยละของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการส่งต่อโดยใช้ระบบ MOPH Refer <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์	8	คะแนน	0 – 0.99	1.00 - 1.99	2.00 – 2.99	3.00 – 3.99	4.00 – 5.00	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล	PA ปลัด (Telemed รพ.สต)
12	คะแนนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	6	คะแนน	< 1540 คะแนน	1540 - 1759 คะแนน	1760 - 1979 คะแนน	1980 - 2090 คะแนน	> 2090 คะแนน	กลุ่มกฎหมาย	
13	ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	6	ร้อยละ	50 - 59.99	60 - 69.99	70 - 79.99	80 – 89.99	90 - 100	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	Health KPI

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ค่าคะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานผู้ประเมิน	หมายเหตุ
				1	2	3	4	5		
14	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) $\geq$ 10.5 คะแนน	8	ระดับความสำเร็จ	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-2	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-3	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-4	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-5	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	PA ปลัด / Health KPI / ตรก.
15	คะแนนการพัฒนางานด้านวิชาการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u> : จำนวนผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีระดับจังหวัด <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u> : จำนวนผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 3</u> : จำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัลผลงานระดับเขต/กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ	6	คะแนน	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 100	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	
รวมค่าน้ำหนัก (คะแนน)		100								

หมายเหตุ : การประเมินผลตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการฯ ช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2569

สารบัญ

ลำดับ	ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ	หน้า
1	ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	1
2	คะแนนการดำเนินงานอนามัยมารดา	2 - 4
3	อัตราความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ	5 - 14
4	คะแนนการดำเนินงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (DM/HT)	15 - 27
5	คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 - 12 ปี	28 - 29
6	คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม	30 - 34
7	คะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ	35 - 40
8	อำเภอผ่านเกณฑ์ อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)	41 - 42
9	คะแนนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	43 - 66
10	คะแนนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ	67 - 70
11	คะแนนของหน่วยบริการในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล	71 - 76
12	คะแนนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	77
13	ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	78
14	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) ≥ 10.5 คะแนน	79 - 80
15	คะแนนการพัฒนางานด้านวิชาการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา	81 - 83

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [√] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
1.ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 88)	ร้อยละ	86.91	88.25	88.41	< 75	75 - 79.99	80 - 84.99	85 - 89.99	≥ 90	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็ก อายุ 0 – 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน	ร้อยละพัฒนาการสมวัย = $(A / B) \times 100$ A = รวมพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก และ สมวัยครั้งที่ 2 (ประเมินซ้ำ 30 วัน)) B = เป้าหมาย (จำนวนเด็กทั้งหมด)

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
ระบบฐานข้อมูล HDC	ชื่อ-สกุล : นางสาวนิชาภา อ่ำสวัสดิ์ กลุ่มงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์ติดต่อ : 038 – 511189 ต่อ 305

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [/] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
2. คะแนนการดำเนินงานอนามัยมารดา ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 2.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2.2 ร้อยละหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ 2.3 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการติดตาม 3 ครั้งตามเกณฑ์ 2.4 ร้อยละของมารดาตกเลือดหลังคลอด 2.5 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	คะแนน	-	-	-	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	≥ 25	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ																																																			
2.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด 2.2 ร้อยละหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ คำอธิบาย หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อายุครรภ์มากกว่า 12 แต่ไม่เกิน 28 สัปดาห์ และอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ภาวะโลหิตจาง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% หรือค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่คลอดบุตรหรือแท้งบุตร 2.3 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการติดตาม 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยมดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรืออสม. ตามเกณฑ์จำนวน 3 ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน 7 วัน นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 8 - วันที่ 15 นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 16 - วันที่ 42 นับถัดจากวันคลอด	สูตรการคำนวณ = 1 + 2 + 3 + 4 + 5 <table><tr><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th><th>3 คะแนน</th><th>4 คะแนน</th><th>5 คะแนน</th></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>< 50</td><td>50 - 60</td><td>61 - 70</td><td>71 - 80</td><td>> 80</td></tr></table> <table><tr><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th><th>3 คะแนน</th><th>4 คะแนน</th><th>5 คะแนน</th></tr><tr><td>ไม่เกิน ร้อยละ 11</td><td>ร้อยละ > 16</td><td>ร้อยละ 15-16</td><td>ร้อยละ 13-14</td><td>ร้อยละ 11-12</td><td>ร้อยละ < 11</td></tr></table> <table><tr><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th><th>3 คะแนน</th><th>4 คะแนน</th><th>5 คะแนน</th></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>< 50</td><td>50 - 60</td><td>61 - 70</td><td>71 - 80</td><td>> 80</td></tr></table>	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ 80	< 50	50 - 60	61 - 70	71 - 80	> 80	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ไม่เกิน ร้อยละ 11	ร้อยละ > 16	ร้อยละ 15-16	ร้อยละ 13-14	ร้อยละ 11-12	ร้อยละ < 11	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ 80	< 50	50 - 60	61 - 70	71 - 80	> 80
เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																															
ร้อยละ 80	< 50	50 - 60	61 - 70	71 - 80	> 80																																															
เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																															
ไม่เกิน ร้อยละ 11	ร้อยละ > 16	ร้อยละ 15-16	ร้อยละ 13-14	ร้อยละ 11-12	ร้อยละ < 11																																															
เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																															
ร้อยละ 80	< 50	50 - 60	61 - 70	71 - 80	> 80																																															

2.4 ร้อยละของมารดาตกเลือดหลังคลอด คำอธิบาย ตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะเสียเลือดมากผิดปกติทางช่องคลอดหลังคลอดบุตร (ตั้งแต่ 500 มล.หลังคลอดปกติ และ ตั้งแต่ 1,000 มล.หลังผ่าคลอด) ซึ่งเกิดได้ทั้งภายใน 24 ชม.แรก และหลัง 24 ชม.ถึง 6 – 12 สัปดาห์ 2.5 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน คำอธิบาย การตายของมารดาไทย หมายถึง การเสียชีวิตของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย (ทั้งนี้ไม่รวมการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและฆาตกรรม) ต่อจำนวนการเกิดมีชีพแสนคน ในปีงบประมาณนั้น	<table><tr><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th><th>3 คะแนน</th><th>4 คะแนน</th><th>5 คะแนน</th></tr><tr><td>ไม่เกิน ร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ > 10</td><td>ร้อยละ 9-10</td><td>ร้อยละ 7-8</td><td>ร้อยละ 5-6</td><td>ร้อยละ < 5</td></tr></table> <table><tr><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th><th>3 คะแนน</th><th>4 คะแนน</th><th>5 คะแนน</th></tr><tr><td>15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>≥19</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td></tr></table>	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ไม่เกิน ร้อยละ 5	ร้อยละ > 10	ร้อยละ 9-10	ร้อยละ 7-8	ร้อยละ 5-6	ร้อยละ < 5	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	≥19	18	17	16	15
เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																														
ไม่เกิน ร้อยละ 5	ร้อยละ > 10	ร้อยละ 9-10	ร้อยละ 7-8	ร้อยละ 5-6	ร้อยละ < 5																														
เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																														
15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	≥19	18	17	16	15																														
แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน																																		
ระบบฐานข้อมูล HDC / ข้อมูลรายงาน SP	ชื่อ-สกุล : นางสาวณิชาภา อ่ำสวัสดิ์ กลุ่มงาน : ส่งเสริมสุขภาพ เบอร์ติดต่อ : 038 - 511189 ต่อ 305																																		

3. อัตราความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2569

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 อัตราความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 ในเด็กอายุครบ 2 ปี (MMR2)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนน	น้ำหนัก	ผลคะแนน
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคฯ ได้รับการคัดกรอง และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	5	(a)....	40 %	
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	อัตราความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัดฯ	5	(b)....	30 %	
ตัวชี้วัดย่อยที่ 3	อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก	5	(c)....	30 %	
รวมคะแนน				100 %	 (เต็ม 5 คะแนน)

อัตราความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (แปรผลคะแนน)

ระดับ	1	2	3	4	5
ผลคะแนน	0 – 0.99	1.00 - 1.99	2.00 – 2.99	3.00 – 3.99	4.00 – 5.00

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) และประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง	คะแนน	86.78	87.27	87.59	40 คะแนน	55 คะแนน	70 คะแนน	85 คะแนน	100 คะแนน	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 30 กันยายน พ.ศ. 2569) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (146 ต่อประชากรแสนคน)	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 30 กันยายน พ.ศ. 2569) B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (คิดจากอัตรา 146 ต่อประชากรแสนคน*)

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองด้วยถ่ายภาพรังสีทรวงอก หมายถึง ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว หรือประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อวัณโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานและ/หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองด้วยถ่ายภาพรังสีทรวงอก ปีงบประมาณ 2569 B = จำนวนเป้าหมายประชากรที่ได้รับการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอก ปีงบประมาณ 2569
---	--

เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	ตัวชี้การประเมิน	เกณฑ์ 40 คะแนน	เกณฑ์ 55 คะแนน	เกณฑ์ 70 คะแนน	เกณฑ์ 85 คะแนน	เกณฑ์ 100 คะแนน
การเข้าถึงบริการ	ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองด้วยถ่ายภาพรังสีทรวงอก	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 51	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 59	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 67	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 75	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 83
ความครอบคลุมการรักษา	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 45	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 55	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 65	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 75	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 85

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)	ชื่อ-สกุล : นางสาวกช โภคินปภากรณ์ กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ เบอร์ติดต่อ : 0818647955

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน (รอบ 10 เดือน)					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	81.52	85.80	86.45	≥ 76 ร้อยละ	≥ 78 ร้อยละ	≥ 80 ร้อยละ	≥ 82 ร้อยละ	≥ 84 ร้อยละ	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
1.ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหาย รวมกับรักษาครบ 1.1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2) รักษาครบ (Treatment Complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2569) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2569) *ตัวชี้วัดค่าเป้าหมายกระทรวง ปีงบประมาณ 2569 ≥ ร้อยละ 88 ประเมินเดือน กันยายน 2569 *ตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย PA สสจ. /ตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2569 ≥ ร้อยละ 84 <u>ประเมินเดือน กรกฎาคม 2569 (รอบ 10 เดือน)</u>

2.ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค	* <u>เงื่อนไขการคำนวณ</u> ในการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) - ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ทั้งที่มีผลการตรวจพบเชื้อ (B+) และที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก (B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด - ไม่นับรวม กรณีที่แพทย์เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือเป็น RR-TB MDR-TB XDR-TB ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 นับตั้งแต่เดือนในการเริ่มวันขึ้นทะเบียนของการรักษาจะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร B
---	--

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)	ชื่อ-สกุล : นางสาวกช โภคินปภากรณ์ กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ เบอร์ติดต่อ : 0818647955

ผลคะแนน

-อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง คะแนน = A (เต็ม 5 คะแนน)

-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คะแนน = B (เต็ม 5 คะแนน)

A + B หาค่าด้วย 2 =(a)..... คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน										ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	คะแนน										
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
อัตราความครอบคลุมของวัคซีนป้องกัน หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 ในเด็กอายุครบ 2 ปี (MMR2)	ร้อยละ	98.08	98.67	97.88	< 50 ร้อยละ	50-59 ร้อยละ	60-64 ร้อยละ	65-69 ร้อยละ	70-74 ร้อยละ	75-79 ร้อยละ	80-84 ร้อยละ	85-89 ร้อยละ	90-94 ร้อยละ	95-100 ร้อยละ	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 ในเด็กอายุครบ 2 ปี (MMR2) ระดับอำเภอ หมายถึง ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR2) - MMR2 ความครอบคลุมร้อยละ ≥ 95	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีน MMR2 ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค B = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม Health Data Center : HDC (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1, 3)	ชื่อ-สกุล : นางสาวรสกร บุญยืน กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ เบอร์ติดต่อ : 092-7360417

- ผลคะแนนที่ได้เชิงปริมาณ (เต็ม 10 คะแนน) = คะแนน $\times 5 / 10 = \dots\dots\dots(b)\dots\dots\dots$ (เต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [/] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก	คะแนน	N/A	N/A	N/A	≤ 59 คะแนน	60 – 69 คะแนน	70 – 79 คะแนน	80 – 89 คะแนน	90 ขึ้นไป คะแนน	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง คะแนนจากผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ตามมาตรการ 3 – 3 – 1 Day7 (HI/CI = 0) อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ลดลง และอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง หรือไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 1. จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 ของค่า Median ปีงบประมาณ 2564 – 2568 หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) ผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานโรคตามเกณฑ์นิยามโรค และแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย จากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance : DDS ลดลงจากค่า มัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี ซึ่งเป็นค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปีงบประมาณ (ต.ค.-ก.ย.) 2564 - 2568	สูตรการคำนวณ = A + B + C A = จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 ของค่า Median ปีงบประมาณ 2564 – 2568 B = อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน ร้อยละ 0.08 C = ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยควบคุมโรคได้ ตามมาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0) ผลคะแนน (A+B+C) = คะแนน (เต็ม 100 คะแนน) (C)..... คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)

2. อัตราป่วยตายด้วยไข้เลือดออก ไม่เกิน ร้อยละ 0.08

หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) ที่เสียชีวิตต่อร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด

3. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0)

หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0) ต่อร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด

มาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0)

Day 0 วันที่พบ ผู้ป่วย	- ภายใน 3 ชั่วโมงแรก สถานบริการสาธารณสุขรายงานโรคให้ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ทราบ - ภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับรายงาน รพ.สต.หรือศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่สอบสวนโรคทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และฉีดสเปรย์กระพองกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย
Day 1	- 1 วันหลังได้รับรายงาน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพ่นสารเคมีกำจัดยุงที่บ้านผู้ป่วยและบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วยทั้งในและนอกบ้าน และจุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรค
Day 3	- 3 วันหลังได้รับรายงาน พ่นสารเคมีกำจัดยุง ที่บ้านผู้ป่วย และบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วยทั้งในและนอกบ้านและจุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรค (เพื่อขยายลงลายมีเชื้อที่อาจยังหลงเหลืออยู่ และเพื่อขยายรุ่นใหม่ที่เพิ่งเกิดไม่ให้ไปกินเลือดผู้ป่วยและแพร่โรคต่อไป)
Day 7	- 7 วันหลังได้รับรายงาน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพ่นสารเคมีกำจัดยุง ที่บ้านผู้ป่วย และบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วยทั้งในและนอกบ้านและจุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรค เป้าหมาย HI และ CI ในรัศมี 100 เมตรจากบ้านผู้ป่วยเป็นศูนย์

คำดัชนีชี้วัดลูกน้ำ

House Index (HI) คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย

$$HI = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ} \times 100}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}}$$

Container Index (CI) คือ ร้อยละของภาชนะขังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ} \times 100}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	แหล่งข้อมูล
1. จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงร้อยละ 20 ของค่า Median ปีงบประมาณ 2564 – 2568 A = คะแนน (เต็ม 50 คะแนน)	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 4.99	50 คะแนน	ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance : DDS
		ลดลงร้อยละ 5 – 9.99	45 คะแนน	
		ลดลงร้อยละ 10 – 14.99	40 คะแนน	
		ลดลงร้อยละ 15 – 19.99	35 คะแนน	
		ลดลงร้อยละ 20 ขึ้นไป	30 คะแนน	
2. อัตราป่วยตายด้วย ไข้เลือดออก ไม่เกิน ร้อยละ 0.08 B = คะแนน (เต็ม 25 คะแนน)	ไม่เกินร้อยละ 0.08	ไม่พบผู้เสียชีวิต	25 คะแนน	ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance : DDS
		ร้อยละ 0.04 – 0.01	20 คะแนน	
		ร้อยละ 0.05 – 0.08	15 คะแนน	
		มากกว่าร้อยละ 0.08	10 คะแนน	
3. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยควบคุม โรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 (Day 7 HI CI = 0) C = คะแนน (เต็ม 25 คะแนน)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	25 คะแนน	Dashboard Looker Studio ประเมินมาตรการควบคุมโรค ไข้เลือดออก จ.ฉะเชิงเทรา : https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/542f38ed-f500-4188-94b2-48ab378b9d53/page/E0k1D
		ร้อยละ 70 – 79.99	20 คะแนน	
		ร้อยละ 60 – 69.99	15 คะแนน	
		ร้อยละ 50 – 59.99	10 คะแนน	
		น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 49.99	5 คะแนน	
รวมคะแนนทั้งหมด (A+B+C)		คะแนนที่ได้ = (เต็ม 100 คะแนน)	100 คะแนน เต็ม	

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
- ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance : DDS - Dashboard Looker Studio ประเมินมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก จ.ฉะเชิงเทรา : https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/542f38ed-f500-4188-94b2-48ab378b9d53/page/E0k1D	ชื่อ-สกุล : นางสาวราภรณ์ อัจฉริยะแก้ว กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ เบอร์ติดต่อ : 09 1765 0890

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [/] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน (ตามคะแนนผลสัมฤทธิ์)					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
4. คะแนนผลการดำเนินงานการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (DM/HT) (จำนวน 5 ตัวชี้วัดย่อย)	คะแนน	-	-	-	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ	แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ	แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยได้รับการวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ ในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง 2 วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิ้นสุดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud 2. บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > ระบบบันทึกข้อมูลนอกเหนือจาก 43 แฟ้ม > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 8	สูตรคำนวณ $(A/B) \times 100$ รายการข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด หมายเหตุ: ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 8

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่	สูตรคำนวณ $(A/B) \times 100$ รายการข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA1c < 6.5 % และคงอยู่อย่างน้อย 90 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด	สูตรคำนวณ $(A/B) \times 100$ รายการข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA1c < 6.5 % และคงอยู่อย่างน้อย 90 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ

ผู้ประเมิน
ชื่อ-สกุล : นางสาวอัญชลี สังข์เจริญ กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์ติดต่อ : 086 3933697

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ (เฉพาะมาตรการหลัก (3-5 ข้อ) ไม่ควรนำกิจกรรมมาใส่)

1. มาตรการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย) โดยการคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคล
2. มาตรการตรวจติดตามและวินิจฉัย โดยขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งติดตามและวินิจฉัยกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (แฟ้ม DIAGNOSIS) และขึ้นทะเบียนรักษา (แฟ้ม CHRONIC) ภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงภายในวัน
3. มาตรการให้บริการดูแลรักษากลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เช่น NCD Clinic Plus เป็นต้น อีกทั้งการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Modification; ILM) พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ
4. มาตรการให้บริการดูแลรักษากลุ่มป่วยโรคเบาหวาน สู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission) โดยนำผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่หรือสมัครใจ เข้ารับการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Modification)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน*
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	50	70
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	60	80
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	-	40
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	-	60
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ	-	10

*หมายเหตุ ผลการดำเนินงานรอบ 10 เดือน ใช้เป้าหมายรอบ 12 เดือน

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้

ตัวชี้วัด	คะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≤50	50.01	52.51	55.01	57.51	60.01	62.51	65.01	67.51	≥70
		-	-	-	-	-	-	-	-	
		52.50	55.00	57.50	60.00	62.50	65.00	67.50	69.99	
		-	-	-	-	-	-	-	-	
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≤60	60.01	64.44	66.67	68.89	71.11	73.33	75.56	77.78	≥80
		-	-	-	-	-	-	-	-	
		64.43	66.66	68.88	71.10	73.32	75.55	77.77	79.99	
		-	-	-	-	-	-	-	-	
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≤20	20.01	22.51	25.01	27.51	30.01	32.51	35.01	37.51	≥40
		-	-	-	-	-	-	-	-	
		22.50	25.00	27.50	30.00	32.50	35.00	35.70	39.99	
		-	-	-	-	-	-	-	-	
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≤30	30.01	33.76	37.51	41.26	45.01	48.76	52.51	56.26	≥60
		-	-	-	-	-	-	-	-	
		33.75	37.50	41.25	45.00	48.75	52.50	56.25	59.99	
		-	-	-	-	-	-	-	-	
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ	≤1.11	1.12	2.23	3.34	4.45	5.57	6.68	7.79	8.90	≥10
		-	-	-	-	-	-	-	-	
		2.22	3.33	4.44	5.56	6.67	7.78	8.89	9.99	
		-	-	-	-	-	-	-	-	

ตารางที่ 3 แสดงค่าน้ำหนักและการคำนวณคะแนนรวม

ตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก (%)	คะแนนเต็ม (Weighted Score)	สูตรคำนวณ (เมื่อได้คะแนนดิบ 1-10)
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน	30%	3.0 คะแนน	คะแนนที่ได้ $\times 0.3$
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	30%	3.0 คะแนน	คะแนนที่ได้ $\times 0.3$
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	15%	1.5 คะแนน	คะแนนที่ได้ $\times 0.15$
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	15%	1.5 คะแนน	คะแนนที่ได้ $\times 0.15$
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ	10%	1.0 คะแนน	คะแนนที่ได้ $\times 0.1$
รวมทั้งสิ้น	100%	10.0 คะแนน	คะแนนที่ได้

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☐ การให้บริการ สุขภาพ	คุณภาพและความ ครอบคลุมของการ ติดตามกลุ่มเสี่ยง ป่วย	มีการจำแนกกลุ่ม ที่ได้จากการคัด กรองตามระดับ ความเสี่ยง (20 คะแนน)	มีการขึ้นทะเบียน กลุ่มเสี่ยงป่วย (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยงป่วยตาม ระยะเวลาที่กำหนด โรคเบาหวาน ภายใน 1-180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมก่อน และโรคความดัน โลหิตสูงภายใน 1- 90 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ) (20 คะแนน)	มีระบบ Active Case Finding เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ป่วยได้เข้าถึง บริการและได้รับ การตรวจติดตาม โดยเร็วตาม ระยะเวลาดำหนด (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยงป่วย ครอบคลุมตาม เป้าหมายและ ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์และขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย รายใหม่พร้อมทั้ง ได้รับการดูแลรักษา ตามแนวทาง มาตรฐาน (20 คะแนน)	รายงานผล ติดตามยืนยัน จากระบบ HDC หรือโปรแกรม ของหน่วยงาน - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงป่วย
Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☐ กำลังคนที่ให้บริการ	ความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการ	มีบุคลากรหลักในหน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้ (20 คะแนน)	มีบุคลากรหลักในหน่วยบริการและได้รับการอบรมเรื่องโรค NCD หรือแนวทางเวชปฏิบัติใหม่ๆ (20 คะแนน)	มีบุคลากรหลักในหน่วยบริการสามารถดำเนินงานและได้รับการอบรม Mini-Case Manager/Case Manager (CM)/System Manager (SM) (20 คะแนน)	มี Case Manager (CM) และ System Manager (SM) และมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลกลุ่มเป้าหมาย (20 คะแนน)	มีทีมหลัก, SM, CM ครอบคลุมทุกอำเภอและมีเครือข่ายบุคลากรที่เชื่อมโยงทุกระดับทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (20 คะแนน)	- แผนกำลังคน - แผนการพัฒนาบุคลากร
☐ ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ความครบถ้วนและถูกต้องของ HDC	มีผู้รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลชัดเจน (20 คะแนน)	บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HOSxP, JHCIS, อื่น ๆ (20 คะแนน)	มีการส่งข้อมูล 43 แฟ้มครบถ้วนและทันเวลาตามรอบ (20 คะแนน)	ข้อมูล HDC มีความถูกต้องเมื่อสุ่มเทียบกับเวชระเบียน (20 คะแนน)	ข้อมูลที่ได้จาก HDC สามารถใช้วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ขับเคลื่อนนโยบาย/การดำเนินงานระดับพื้นที่ (20 คะแนน)	- ฐานข้อมูล - รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☐ ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาลระบบ สุขภาพ	กลไกคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องกับ NCDs	มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ/ คณะทำงานที่ เกี่ยวข้องกับ NCD (20 คะแนน)	คณะกรรมการ /คณะทำงานที่ เกี่ยวข้องกับ NCD มีการ ประชุมอย่าง น้อย 2 ครั้ง/ปี (20 คะแนน)	คณะกรรมการ/ คณะทำงานที่ เกี่ยวข้องกับ NCD มีการจัดทำแผนการ ดำเนินงานร่วมกัน และผลักดันสู่การ ปฏิบัติ (20 คะแนน)	คณะกรรมการ/ คณะทำงานที่ เกี่ยวข้องกับ NCD บูรณาการการ ดำเนินงานกับ ระดับพื้นที่ได้ อย่างชัดเจน (20 คะแนน)	คณะกรรมการ/ คณะทำงานที่ เกี่ยวข้องกับ NCD บูรณาการงาน ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกสาธารณสุข (20 คะแนน)	- คำสั่งแต่งตั้งฯ - รายงานการประชุม ฯ

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับหลาย Building Block (เช่น 6 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น

2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน

- หากในแต่ละด้านมีหลายหัวข้อการประเมิน ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน

3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง

- เช่น $(68 + 40 + 60 + 85 + 45 + 90) \div 6 = 64.7$ คะแนน

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	บุคลากรเชี่ยวชาญสูง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และนำไปวิเคราะห์ได้ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง NCDs เข้มแข็งบูรณาการเครือข่ายดีเยี่ยม	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	บุคลากรมีความพร้อมและปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง NCDs มีการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	บุคลากรให้บริการได้ แต่อาจต้องเพิ่มทักษะบางด้าน ข้อมูลมีความครบถ้วน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง NCDs มีการประชุมและดำเนินงานตามแผนงานปกติ	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	บุคลากรขาดความพร้อม หรือจำนวนไม่เพียงพอ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง NCDs ขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงานหรือขาดการมีส่วนร่วม	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	≤40	บุคลากรไม่เพียงพอขั้นวิกฤต ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนสูง หรือไม่สามารถนำมาใช้ประเมินผลได้ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง NCDs ขาดความต่อเนื่อง หรือไม่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม	ต้องการฟื้นฟูระบบ

ตารางที่ 6 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☐ การเข้าถึงบริการ	การคัดกรอง ค้นหา กลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูง (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย	มีทะเบียนรายชื่อ ประชากร กลุ่มเป้าหมายใน พื้นที่รับผิดชอบ (20 คะแนน)	มีการคัดกรอง ครอบคลุม <70% ของกลุ่มเป้าหมาย กรณีเป็นพื้นที่ เฉพาะมีการ จัดบริการเชิงรุก (20 คะแนน)	มีการคัดกรอง ครอบคลุม <80% ของกลุ่มเป้าหมาย กรณีเป็นพื้นที่ เฉพาะมีการ จัดบริการเชิงรุก (20 คะแนน)	มีการคัดกรอง ครอบคลุม <90% ของกลุ่มเป้าหมาย กรณีเป็นพื้นที่ เฉพาะมีการ จัดบริการเชิงรุก (20 คะแนน)	มีการคัดกรอง ครอบคลุมตาม เป้าหมายที่กำหนด และมีการจำแนก กลุ่มตามผลการคัด กรองที่ชัดเจน พร้อม ทั้งจัดการตามระดับ ความเสี่ยง (20 คะแนน)	- ทะเบียน กลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป - รายงานผล จากระบบ HDC หรือ โปรแกรม ของหน่วยงาน - ทะเบียน

	• การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยและวินิจฉัย	มีการขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยและวางแผนการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยครอบคลุมตามเป้าหมาย(< 50% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน < 60% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง) (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยครอบคลุมตามเป้าหมาย(< 60% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน,< 70% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง) (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยครอบคลุมตามเป้าหมาย(< 70% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน,< 80% ของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง) (20 คะแนน)	มีการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยครอบคลุมตามเป้าหมายและได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ (20 คะแนน)	กลุ่มเสี่ยงและ • การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย
☐ การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	• ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	มีทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (20 คะแนน)	มีการให้การรักษามาตรฐาน และผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ < 20% /ควบคุมความดันโลหิตได้ < 40% (20 คะแนน)	มีการให้การรักษามาตรฐาน และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพและผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ < 30%/ควบคุมความดันโลหิตได้ < 50% (20 คะแนน)	มีการให้การรักษามาตรฐานและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (ILM) ร่วมกับสหวิชาชีพและผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ < 40%/ควบคุมความดันโลหิตได้ < 60% (20 คะแนน)	มีการให้การรักษามาตรฐาน และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (ILM) ร่วมกับสหวิชาชีพและผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล /ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (20 คะแนน)	- เวชระเบียนผู้ป่วย - รายงาน HDC หรือโปรแกรมของหน่วยงาน

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสู่เบาหวานระยะสงบ	มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผ่าน การอบรม DM Remission โดย สมาคมวิชาการ, กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุขและ เครือข่ายที่ เกี่ยวข้อง (20 คะแนน)	มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน เข้าเกณฑ์และ สมัครใจเข้า โครงการ (20 คะแนน)	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (ILM) ร่วมกับสหวิชาชีพ และมีผู้ป่วยเข้าสู่ ภาวะ DM remission < 4% ขึ้นไป (20 คะแนน)	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (ILM) ร่วมกับสหวิชาชีพ และมีผู้ป่วยเข้าสู่ ภาวะ DM remission < 7% ขึ้นไป (20 คะแนน)	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (ILM) ร่วมกับสหวิชาชีพ และมีผู้ป่วยเข้าสู่ ภาวะ DM remission ตามเป้าหมายที่ กำหนด (20 คะแนน)	- เวชระเบียนผู้ป่วย - รายงาน HDC หรือ โปรแกรมของ หน่วยงาน

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น 3 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น

- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม เช่น $(75+85+69) \div 3 = 76.33$ คะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวเป็นคะแนนรวมของ Result

2) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน

- เน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่ากระบวนการดำเนินงาน

3) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน

- มีแนวโน้มการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่/ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

ตารางที่ 7 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	การเข้าถึงและคุณภาพเป็นเลิศ การคัดกรองครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย การติดตามและวินิจฉัยถูกต้อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานครบถ้วน ควบคุมโรคได้ดีเยี่ยม
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	การเข้าถึงและคุณภาพได้มาตรฐาน คัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วยได้ตามเป้าหมาย เข้าสู่การรักษาทันเวลา มาตรฐานการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพพบ
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	การเข้าถึงและคุณภาพระดับพื้นฐาน การคัดกรองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ แต่การติดตามวินิจฉัยหรือการดูแลรักษาบางรายอาจยังไม่ต่อเนื่อง หรือต้องปรับปรุงกระบวนการ
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	การเข้าถึงและคุณภาพต้องปรับปรุง การค้นหากลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม พบปัญหาการตรวจติดตาม วินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการสนับสนุนให้ควบคุมโรคได้ดี
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	≤ 40	การเข้าถึงและคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราการคัดกรองต่ำ กลุ่มสงสัยป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือ ระบบการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงขาดประสิทธิภาพ จำเป็นต้องแก้ไข

สรุปคะแนนผลสัมฤทธิ์ (เกณฑ์การให้คะแนน)

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดฯ คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ

- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.15 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.15 = \text{Score}$
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ + Score เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ = (คะแนนเต็ม 10)		

หมายเหตุ :

- หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
- หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
- หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น (คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3 = \text{Score}$

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
5. คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ของเด็ก 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	คะแนน	NA	NA	NA	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	คปสอ.
1) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 80)	ร้อยละ	70.56	75.06	79.46	(ตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน)					
2) ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 85)	ร้อยละ	NA	NA	NA	(ตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน)					

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์รอบ 10 เดือน	คะแนน	แหล่งข้อมูล	คะแนนที่ได้
1) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 80)	≥ 80	50	Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ลิงก์แบบย่อ : https://moph.cc/OHDC	
	70-79.99	40		
	60-69.99	30		
	50-59.99	20		
	< 50	10		
2) ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (ร้อยละ 85)	≥ 85	50	Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ลิงก์แบบย่อ : https://moph.cc/OHDC	
	75-84.99	40		
	65-74.99	30		
	55-64.99	20		
	< 55	10		
คะแนนรวมทั้งหมด 1) + 2)		100		

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
เด็กอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง คะแนนรวมของตัวชี้วัด 0-5 ปี และ 6-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ -เด็กอายุ 0 - 12 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด ถึงอายุ 12 ปี 11 เดือน 29 วัน -ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันถาวรในช่องปากปกติและฟันน้ำนมหรือฟันถาวรที่ได้รับการบูรณะด้วยเทคนิควิธีต่างๆ โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก 1) ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมที่ปกติ และฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก และไม่มีฟันน้ำนมถูกถอนจากฟันผุ 2) เด็กอายุ 6 - 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันถาวรในช่องปากปกติและฟันถาวรที่ได้รับการบูรณะ โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอนรักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก และ ไม่มีฟันถาวรถูกถอนจากฟันผุ ** เด็ก 0-12 ปีที่เป็นประชากรเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ต้องได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50 **	1. จำนวนคะแนนจาก ข้อ 1) + 2) 1) $(A / B) \times 100$ A = จำนวนเด็กฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วันในเขตรับผิดชอบ ณ วันที่มารับบริการตรวจของปากโดยทันตบุคลากร 2) $(A / B) \times 100$ A = จำนวนเด็กฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) B = จำนวนเด็กอายุ 6 - 12 ปี 11 เดือน 29 วันในเขตรับผิดชอบ ณ วันที่มารับบริการตรวจของปากโดยทันตบุคลากร

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ลิงก์แบบย่อ : https://moph.cc/OHDC	ชื่อ-สกุล : นางสาวขวัญชนก ขจรไชยกูล กลุ่มงาน : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข เบอร์ติดต่อ : 038-088220 ต่อ 102



ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [/] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [/] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
6. คะแนนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรมตามเป้าหมาย	คะแนน	NA	NA	NA	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	คปสอ.
1) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100	ร้อยละ	70.56	75.06	79.46	(ตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน)					
2) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ร้อยละ 100	ร้อยละ	117.10	165.63	282.95	(ตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน)					
3) โรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบสังกัด สพป.ฉะเชิงเทรา ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ ร้อยละ 100	คะแนน	NA	NA	NA	(ตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน)					

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์รอบ 10 เดือน	คะแนน	แหล่งข้อมูล	คะแนนที่ได้
1) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100	≥ 90	40	Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ลิงก์แบบย่อ : https://moph.cc/OHDC	
	80-89.99	35		
	70-79.99	30		
	60-69.99	25		
	< 60	20		
2) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ร้อยละ 100	≥ 90	30	Bigdata กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล 43 แฟ้ม) HDC ทันตกรรม(บริการ) ข้อ 11.5 + 12.5	
	80-89.99	25		
	70-79.99	20		
	60-69.99	15		
	< 60	10		
3) โรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สังกัด สพ.ฉะเชิงเทรา ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ ร้อยละ 100	≥ 90	30	-ตรวจสอบจากฐานข้อมูล เอกสาร สรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านเว็บไซต์ : School Oral Health โรงเรียนเด็กไทยฟันดี -Bigdata กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล 43 แฟ้ม) HDC - OHSP ข้อ 17.12	
	80-89.99	25		
	70-79.99	20		
	60-69.99	15		
	< 60	10		
คะแนนรวมทั้งหมด ข้อ 1) + 2) + 3)		100		

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ																																																																																																								
คะแนนผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรมตามเป้าหมาย 1) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวาน (E10-E14) รายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบัน โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ได้รับการตรวจวางแผนรักษา หรือคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือ การดูแลด้านปริทันต์ ได้แก่ ขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน ศัลยกรรมปริทันต์ และหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก(คน) - กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ หมายถึง ประชาชนไทยอายุ 40-59 ปี ในเขตรับผิดชอบ - ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ - เป้าหมาย 575 ราย แบ่งผลการดำเนินงานตามร้อยละของประชากรแต่ละอำเภอ	คำนวณคะแนนจาก ข้อ 1) + 2) + 3) 1) $(A/B) \times 100$ A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร (แพทย์ Dental) หรือ ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือ ได้รับการดูแลโรคปริทันต์ ประกอบด้วย การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน ศัลยกรรมปริทันต์ และหัตถการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ ในเขตรับผิดชอบ 2) กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (575 คน) รายงาน 11.5 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก(คน) + 12.5 กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก(คน) = ผลการดำเนินงาน (A = เป้าหมาย(ครั้ง) B = ระดับ%ของผลงาน) $(A*B/100)$ <table><tr><th rowspan="2">อำเภอ</th><th rowspan="2">ประชากรทั้งหมด (คน)</th><th rowspan="2">คิดเป็นร้อยละ</th><th rowspan="2">เป้าหมาย (คน)</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน (ราย)</th></tr><tr><th>60%</th><th>70%</th><th>80%</th><th>90%</th><th>100%</th></tr><tr><td>เมืองฉะเชิงเทรา</td><td>164,412</td><td>22.43</td><td>129</td><td>77</td><td>90</td><td>103</td><td>116</td><td>129</td></tr><tr><td>บางคล้า</td><td>45,620</td><td>6.22</td><td>33</td><td>20</td><td>23</td><td>26</td><td>29</td><td>33</td></tr><tr><td>บางน้ำเปรี้ยว</td><td>89,761</td><td>12.24</td><td>64</td><td>39</td><td>45</td><td>51</td><td>58</td><td>64</td></tr><tr><td>บางปะกง</td><td>95,820</td><td>13.07</td><td>69</td><td>41</td><td>48</td><td>55</td><td>62</td><td>69</td></tr><tr><td>บ้านโพธิ์</td><td>54,135</td><td>7.38</td><td>39</td><td>23</td><td>27</td><td>31</td><td>35</td><td>39</td></tr><tr><td>พนมสารคาม</td><td>83,678</td><td>11.41</td><td>60</td><td>36</td><td>42</td><td>48</td><td>54</td><td>60</td></tr><tr><td>ราชสาส์น</td><td>12,510</td><td>1.71</td><td>9</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>สนมชัยเขต</td><td>75,392</td><td>10.28</td><td>54</td><td>32</td><td>38</td><td>43</td><td>49</td><td>54</td></tr><tr><td>แปลงยาว</td><td>52,652</td><td>7.18</td><td>38</td><td>23</td><td>26</td><td>30</td><td>34</td><td>38</td></tr><tr><td>ท่าตะเกียบ</td><td>46,759</td><td>6.38</td><td>33</td><td>20</td><td>23</td><td>27</td><td>30</td><td>33</td></tr></table>	อำเภอ	ประชากรทั้งหมด (คน)	คิดเป็นร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลการดำเนินงาน (ราย)					60%	70%	80%	90%	100%	เมืองฉะเชิงเทรา	164,412	22.43	129	77	90	103	116	129	บางคล้า	45,620	6.22	33	20	23	26	29	33	บางน้ำเปรี้ยว	89,761	12.24	64	39	45	51	58	64	บางปะกง	95,820	13.07	69	41	48	55	62	69	บ้านโพธิ์	54,135	7.38	39	23	27	31	35	39	พนมสารคาม	83,678	11.41	60	36	42	48	54	60	ราชสาส์น	12,510	1.71	9	5	6	7	8	9	สนมชัยเขต	75,392	10.28	54	32	38	43	49	54	แปลงยาว	52,652	7.18	38	23	26	30	34	38	ท่าตะเกียบ	46,759	6.38	33	20	23	27	30	33
อำเภอ	ประชากรทั้งหมด (คน)					คิดเป็นร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลการดำเนินงาน (ราย)																																																																																																	
		60%	70%	80%	90%			100%																																																																																																	
เมืองฉะเชิงเทรา	164,412	22.43	129	77	90	103	116	129																																																																																																	
บางคล้า	45,620	6.22	33	20	23	26	29	33																																																																																																	
บางน้ำเปรี้ยว	89,761	12.24	64	39	45	51	58	64																																																																																																	
บางปะกง	95,820	13.07	69	41	48	55	62	69																																																																																																	
บ้านโพธิ์	54,135	7.38	39	23	27	31	35	39																																																																																																	
พนมสารคาม	83,678	11.41	60	36	42	48	54	60																																																																																																	
ราชสาส์น	12,510	1.71	9	5	6	7	8	9																																																																																																	
สนมชัยเขต	75,392	10.28	54	32	38	43	49	54																																																																																																	
แปลงยาว	52,652	7.18	38	23	26	30	34	38																																																																																																	
ท่าตะเกียบ	46,759	6.38	33	20	23	27	30	33																																																																																																	

3) โรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สังกัด สพ.ฉะเชิงเทรา ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ 3.1) โรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน 3.2) สถานศึกษาผ่านเกณฑ์ต้นแบบ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ - มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน - มีการทดสอบประสิทธิภาพการแปรงฟันนักเรียนชั้น ป.๖ - มีการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากนักเรียนทุกคน 3.3) สถานศึกษาผ่านเกณฑ์สุดยอดต้นแบบ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ - นักเรียนไม่มีเหงือกอักเสบ - นักเรียนฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ หมายถึง ยาสีฟันที่ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,000-1,500 ppm สูตรแปรงฟัน 222+1 หมายถึง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) นาน 2 นาที และปล่อยให้ช่องปากว่าง (สะอาด) 2 ชั่วโมงหลังการแปรงฟัน คือไม่กินอะไร หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง +1 คือมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน 3.4) ร้อยละเด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) สูตรคำนวณ : (A / B) x 100 A : จำนวนเด็ก 6 ปีในเขตรับผิดชอบ ที่มีรหัสผลการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ B : จำนวนเด็ก 6 ปีในเขตรับผิดชอบ	<table><tr><td>คลองเขื่อน</td><td>12,392</td><td>1.69</td><td>9</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>รวม</td><td>733,131</td><td>100.00</td><td>575</td><td>345</td><td>403</td><td>460</td><td>518</td><td>575</td></tr></table> (ข้อมูลประชากรจากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2567)	คลองเขื่อน	12,392	1.69	9	5	6	7	8	9	รวม	733,131	100.00	575	345	403	460	518	575
	คลองเขื่อน	12,392	1.69	9	5	6	7	8	9										
	รวม	733,131	100.00	575	345	403	460	518	575										
	3) เกณฑ์การให้คะแนน																		
	กิจกรรม	ผลงาน (ร้อยละ)	คะแนน	แหล่งข้อมูล															
	3.1 จำนวนสถานศึกษาเข้าร่วมเพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ (แห่ง) ร้อยละ 100	สูตรคำนวณจำนวนโรงเรียน = (A/B) x 100	≥90	25	-ตรวจสอบจากฐานข้อมูลเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านเว็บไซต์ School Oral Health โรงเรียนเด็กไทยฟันดี กิจกรรม Sandbox														
		A : จำนวนโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	80-89	20															
		B : จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม	70-79	15															
			60-69	10															
			50-59	5															
		<50	0																
3.2 จำนวนสถานศึกษาผ่านเกณฑ์ต้นแบบโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพคุณภาพ (แห่ง) ร้อยละ 75	โรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพคุณภาพ (แห่ง)	≥75	25																
		65-74	20																
		55-64	15																
		45-54	10																
		<45	5																
3.3 จำนวนสถานศึกษาผ่านเกณฑ์สุดยอดต้นแบบโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพคุณภาพ (แห่ง) ร้อยละ 15	จำนวนสถานศึกษาผ่านเกณฑ์สุดยอดต้นแบบ	≥15	25																
	โรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพคุณภาพ (แห่ง) ร้อยละ 15	10-14	20																
		5-9	15																
		1-4	10																
		0	0																
		≥30	25																

	3.4 ร้อยละเด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ร้อยละ 30	25-29	20	- Bigdata กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล 43 แฟ้ม) HDC - OHSP ข้อ 17.12
		20-24	15	
		15-19	10	
		<15	5	
	รวม		100	
แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง		ผู้ประเมิน		
- Bigdata กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล 43 แฟ้ม) - Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ลิงก์แบบย่อ : https://moph.cc/OHDC - ตรวจสอบจากฐานข้อมูล เอกสาร สรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านเว็บไซต์ School Oral Health โรงเรียนเด็กไทยฟันดี กิจกรรม Sandbox		QR Code  ชื่อ-สกุล : นางสาวขวัญชนก ขจรไชยกุล กลุ่มงาน : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข เบอร์ติดต่อ : 038-088220 ต่อ 102		

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
7. คะแนนของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	คะแนน	-	-	11	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	≥ 90	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ หน่วยบริการให้หมายรวมถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

โรงพยาบาลแม่ข่าย หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

- (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรคการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้นกรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน
- (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานวัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต
- (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก
- (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ
- (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้
- (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด คิดเป็นสัดส่วน เชิงปริมาณ : เชิงคุณภาพ (70 : 30)

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ (30%)
(คะแนนที่ได้ ตามตารางที่ 1 $\times 0.7$) = Score	(คะแนนที่ได้ ตามตารางที่ 2 $\times 0.3$) = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = Sum Score	

1. เกณฑ์ประเมินผลเชิงปริมาณ (6 ตัวชี้วัดย่อย)

ตารางที่ 1

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	คะแนนที่ได้
1.เด็กอายุ 0 - 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (เป้าหมาย ร้อยละ 90)	$\geq$ ร้อยละ 90	15
	ร้อยละ 87 - 89	14
	ร้อยละ 84 - 86	13
	ร้อยละ 81 - 83	12
	$\leq$ ร้อยละ 80	11

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	คะแนนที่ได้
2.เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ (เป้าหมาย ร้อยละ 90)	≥ ร้อยละ 90	15
	ร้อยละ 87 - 89	14
	ร้อยละ 84 - 86	13
	ร้อยละ 81 - 83	12
	≤ ร้อยละ 80	11
3.ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)	≥ ร้อยละ 90	15
	ร้อยละ 85 - 89	14
	ร้อยละ 80 - 84	13
	ร้อยละ 75 - 79	12
	≤ ร้อยละ 74	11
4.ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	≥ ร้อยละ 80	15
	ร้อยละ 75 - 79	14
	ร้อยละ 70 - 74	13
	ร้อยละ 65 - 69	12
	≤ ร้อยละ 64	11

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	คะแนนที่ได้
5.ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)	≥ ร้อยละ 40	15
	ร้อยละ 35 - 39	14
	ร้อยละ 30 - 34	13
	ร้อยละ 25 - 29	12
	≤ ร้อยละ 24	11
6.อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย (เป้าหมาย อัตราส่วน 50 : 50)	≥ ร้อยละ 50	25
	ร้อยละ 47 - 49	23
	ร้อยละ 44 - 46	21
	ร้อยละ 41 - 43	19
	≤ ร้อยละ 40	17
รวมคะแนนเชิงปริมาณ		100

2. เกณฑ์ประเมินผลเชิงคุณภาพ (เกณฑ์ประเมิน 8 ส่วน)

2.1 หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) เกณฑ์การให้คะแนน 8 ส่วน ดังนี้

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6	ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5	
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9	
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกข้อ
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	100	
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)	64	
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	59	
รวมคะแนน	311	

หมายเหตุ อ้างอิงจากคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 – 2570)

สูตรการคำนวณ $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่มีในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

2.2 การแปลผลระดับคุณภาพ

ตารางที่ 2

ระดับคุณภาพ	คะแนนที่ได้	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
ระดับ 5 ดีเยี่ยม	100	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ร้อยละ 85 ขึ้นไป และมี Best practice ที่สามารถขยายผลให้พื้นที่อื่นทำตามและเกิดผลลัพธ์เช่นเดียวกันได้
ระดับ 4 ดี	80	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ร้อยละ 85 ขึ้นไป และมี Best practice เป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นได้
ระดับ 3 พอใช้	60	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ร้อยละ 85 ขึ้นไป
ระดับ 2 ต้องพัฒนา	40	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ร้อยละ 50-84
ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข	20	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน น้อยกว่าร้อยละ 50

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
1. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) 2. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด,	ชื่อ-สกุล : นางสาวนฤมล พรหมบุญ กลุ่มงาน : ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ เบอร์ติดต่อ : 098 832 6749

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [✓] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
8. อำเภอผ่านเกณฑ์ อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)	ระดับความสำเร็จ	ผ่าน 9/11 อำเภอ	ผ่าน 5/11 อำเภอ	ผ่าน 10/11 อำเภอ	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	คปสอ.

เกณฑ์การประเมิน	
ขั้นตอนที่ 1	- รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 6 ใน 12 ข้อ - ร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU PCU - ร้อยละ 40 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม G-RDU
ขั้นตอนที่ 2	- รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 7 ใน 12 ข้อ - ร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU PCU - ร้อยละ 60 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม
ขั้นตอนที่ 3	- รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 8 ใน 12 ข้อ - ร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU PCU - ร้อยละ 60 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม G-RDU และผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 10

เกณฑ์การประเมิน	
ขั้นตอนที่ 4	- รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 9 ใน 12 ข้อ - ร้อยละ 70 ของจำนวน รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU PCU - ร้อยละ 80 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม G-RDU และผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 15
ขั้นตอนที่ 5	- รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital อย่างน้อย 10 ใน 12 ข้อ - ร้อยละ 80 ของจำนวน รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU PCU - ร้อยละ 100 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม G-RDU และผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 20

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ดังนี้ 1. RDU Hospital (ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา 10 ใน 12 ตัวชี้วัด) 2. RDU PCU (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยปฐมภูมิในอำเภอผ่านเกณฑ์) การใช้ยาในโรค RI และ AD โดยใช้ยาปฏิชีวนะไม่เกินร้อยละ 20 3. ร้อยละ 100 ของจำนวนร้านชำเป้าหมายในอำเภอได้รับการตรวจด้วยโปรแกรม G-RDU และผ่านเกณฑ์ร้านชำ G-RDU ร้อยละ 20 ** จำนวนร้านชำเป้าหมายทั้งหมดในจังหวัด = 900 แห่ง	- Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข - โปรแกรม ระบบเฝ้าระวังยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน (G-RDU & G-SHP MOPH) กระทรวงสาธารณสุข	ชื่อ-สกุล : นางสาวพรสวรรค์ อิมามิ กลุ่มงาน : กลุ่มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์ติดต่อ : 08 1816 4991

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน (ตามคะแนนผลสัมฤทธิ์)					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
9. คะแนนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	คะแนน	-	-	-	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	คปสอ.

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	คะแนนเต็ม	หมายเหตุ
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	10 (A)	คะแนนตามตารางที่ 9
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : ร้อยละของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา		
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ		
การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	10 (B)	คะแนนตามตารางที่ 7
คะแนนเต็ม	20	
คะแนนผลสัมฤทธิ์ 10 คะแนน $(A+B) \div 2 =$		

เกณฑ์การประเมินรายตัวชี้วัด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ตัวชี้วัดหลัก อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร) การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น	สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : ตัวชี้วัดหลัก 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = $(A/B) \times 100,000$ รายการข้อมูล 1 A = รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง.506S version 11 กรณีเสียชีวิต รายการข้อมูล 2 B = จำนวนประชากรกลางปี 2568อ้างอิงจากฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : ร้อยละของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น	สูตรคำนวณ $((C - D) / D) \times 100$ <u>คำอธิบาย</u> รายการข้อมูล C = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2569 (แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s version 11 กรณีเสียชีวิต) รายการข้อมูล D = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2568 (แหล่งข้อมูล: รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s version 11 กรณีเสียชีวิต) เงื่อนไขการใช้ข้อมูล: ใช้หลักการเดียวกับตัวชี้วัดหลัก คือ หากข้อมูลในระบบ รง.506s น้อยกว่าข้อมูลใบมรณบัตร ให้นำข้อมูลใบมรณบัตรมาใช้เป็นตัวเลขฐานในการคำนวณแทน (ตัวเลขฐาน C)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ≤ ร้อยละ 70

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 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) หรือตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันทั่วทั้ง 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6)ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ 7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือ ประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4 - 5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่น หรือได้รับ Intervention อื่น ๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ = $(A/B) \times 100$ รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนด (แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506S V.11) รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2569 (แหล่งข้อมูล : จากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด :

ระดับตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย จำแนกปีงบประมาณ			
		2567	2568	2569	2570
1. ค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดหลัก	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร) (ไม่ประเมินพื้นที่)	8.0	7.8	7.8	7.5
1.1 ตัวชี้วัดย่อยที่ 1	ร้อยละของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (ใช้ประเมิน พื้นที่)	-	-	10	-
1.2 ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ (ใช้ประเมินพื้นที่)	60	65	70	75

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ:

- วิธีการประเมินผล: เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายหลัก เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและเฝ้าระวังสถานการณ์ในภาพรวม
(พื้นที่ไม่ต้องนำมาคำนวณเกณฑ์การให้คะแนน)

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
1.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร) (พื้นที่ไม่ต้องนำมาคำนวณเกณฑ์การให้คะแนน)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq$ 5.0 ต่อประชากร แสนคน	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq$ 7.8 ต่อประชากร แสนคน
2.ร้อยละของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับข้อมูลในช่วงเวลา เดียวกันของปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับข้อมูลในช่วงเวลา เดียวกันของปีที่ผ่านมา
3.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ	$\geq$ ร้อยละ 35	$\geq$ ร้อยละ 70

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569)

ชื่อตัวชี้วัด	คะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)										
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : ร้อยละของจำนวน ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 1.0 – 1.99	ลดลงร้อยละ 2.0 – 2.99	ลดลงร้อยละ 3.0 – 3.99	ลดลงร้อยละ 4.0 – 5.99	ลดลงร้อยละ 5.0 – 5.99	ลดลงร้อยละ 6.0 – 6.99	ลดลงร้อยละ 7.0 – 7.99	ลดลงร้อยละ 8.0 – 8.99	ลดลงร้อยละ 9.0 – 9.99	ลดลงร้อยละ ≥10
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : ร้อยละของผู้พยายาม ฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่มี ประสิทธิภาพ	≤ 25	30	35	40	45	50	55	60	65	≥ 70

ตารางที่ 4 แสดงค่าน้ำหนักและการคำนวณคะแนนรวม

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก (%)	คะแนนเต็ม(Weighted Score)	สูตรคำนวณ(เมื่อได้คะแนนดิบ1-10)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)			
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : ร้อยละของจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่า ตัวตายที่ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา	40%	4.0 คะแนน	คะแนนที่ได้ × 0.4
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ	60%	6.0 คะแนน	คะแนนที่ได้ × 0.6
รวมทั้งสิ้น	100%	10.0 คะแนน	

ตารางที่ 5 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0-20 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 21-40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 41-60 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 61-80 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 81-100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
1.การให้บริการ (Service Delivery)	1.1 คุณภาพการ ดูแลเชิงรุกและ การเฝ้าระวังจิตใจ (Postvention & Follow-up)	• มีระบบคัดกรอง ความเสี่ยง ในพื้นที่ (10 คะแนน) • มีแนวทางปฏิบัติ (SOP) การเฝ้าระวัง ผู้ได้รับผลกระทบ ในแผนงาน (10 คะแนน)	• ระบบคัดกรอง ครอบคลุม ทุกสิทธิการรักษา (20 คะแนน) • กลุ่มเสี่ยงเข้าถึง บริการมาตรฐาน ตามเกณฑ์ < 50% (20 คะแนน)	• กลุ่มเสี่ยงเข้าถึง บริการมาตรฐาน ตามเกณฑ์ 50-60% (30 คะแนน) • มีระบบติดตาม เยี่ยมบ้าน (Home Visit) ที่ชัดเจนและ ต่อเนื่อง (30 คะแนน)	• กลุ่มเสี่ยงได้รับ บริการ 7 กิจกรรม หลัก $\geq 70\%$ (40 คะแนน) • มีระบบเฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูล การเฝ้าระวัง ผู้ได้รับผลกระทบ (Postvention) อย่างเป็นรูปธรรม (40 คะแนน)	• มีระบบช่องทางด่วน (Fast Track) หรือทีม HOPE Task Force ที่ปฏิบัติงานจริง (50 คะแนน) • กลุ่มเสี่ยงได้รับ การดูแลต่อเนื่อง จนสิ้นสุดแผนการ รักษา ครบ 100% (50 คะแนน)	1. รายงานสรุปผลการ คัดกรอง (HDC/MHC) 2. บันทึกผลการ ติดตามเยี่ยมบ้าน (506S/COC) 3. รายงานสรุปผลการ เฝ้าระวังของทีม HOPE Task Force
	1.2 ระบบรับแจ้ง เหตุและการเข้าถึง บริการบูรณาการ	• มีระบบ รับแจ้งเหตุ แต่ยังไม่ชัดเจน	• จัดตั้งศูนย์ รับแจ้งเหตุและ ประชาสัมพันธ์ ชัดเจน	• ศูนย์เปิดบริการ ทุกวันและมี ช่องทาง หลากหลาย	• มีระบบกำกับ ดูแลการ	• ศูนย์เปิดบริการ 24 ชม. ทำงาน ร่วมกับ EMS/รพ./	1. ข้อมูลสถานที่และ หมายเลข ติดต่อ ศูนย์ฯ 2. สื่อประชาสัมพันธ์

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0-20 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 21-40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 41-60 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 61-80 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 81-100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
		บูรณาการ หน่วยงาน (20 คะแนน)	(20 คะแนน) • มีแนวทาง บูรณาการร่วม กับหน่วยงานภาคี (20 คะแนน)	(40 คะแนน) • บุคลากรเข้าใจ ขั้นตอนการ ประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน (20 คะแนน)	ปฏิบัติงานของ บุคลากรศูนย์ (40 คะแนน) • มีการสื่อสาร เชิงรุกเพื่อให้ ประชาชนเข้าถึง บริการได้ง่าย (40 คะแนน)	HOPE Task Force (80 คะแนน) • มีการ ประชาสัมพันธ์อย่าง ต่อเนื่อง ทุกช่องทาง (20 คะแนน)	และช่องทางบริการ 3. รายงานสถิติการรับ แจ้งเหตุและการ ประสานงาน
2. กำลังคน ที่ให้บริการ (Health Workforce)	สมรรถนะบุคลากร ในการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐาน (SOP)	• มีแผนพัฒนา ศักยภาพหรือส่ง บุคลากรเข้ารับการ อบรม (20 คะแนน)	• บุคลากรได้รับการ พัฒนา ศักยภาพ ตามแผน $\leq 60\%$ (40 คะแนน)	• บุคลากรได้รับการ พัฒนา ตามแผน $\geq$ ร้อยละ 60 (40 คะแนน) • มีการนิเทศงาน (Supervision) โดยพี่เลี้ยง อย่างน้อย 1 ครั้ง (20 คะแนน)	• บุคลากรได้รับการ พัฒนา ตามแผน $\geq$ ร้อยละ 80 (50 คะแนน) • มีการนิเทศ โดยผู้เชี่ยวชาญ หรือจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (30 คะแนน)	• บุคลากรได้รับการ พัฒนาตามแผน ครบ 100% (60 คะแนน) • มีการใช้ Checklist SOPs ในการปฏิบัติงานจริง (20 คะแนน) • จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (KM) อย่างน้อย 1 ครั้ง	1. รายชื่อผู้ผ่านการ อบรมและแผนพัฒนา บุคลากร 2. บันทึกรายงานผล การนิเทศงาน (Supervision) 3. แบบ Checklist SOPs และรายงาน กิจกรรม KM

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0-20 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 21-40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 41-60 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 61-80 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 81-100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
						(20 คะแนน)	
3. ระบบงาน และข้อมูล (Information System)	ความครบถ้วน ถูกต้อง และ ทันต่อสถานการณ์ ในการสอบสวนโรค	- มีรายชื่อทีม สอบสวน แต่ไม่ เป็นปัจจุบัน (10 คะแนน) - มีการบันทึก ข้อมูลใน รง.506S แต่ไม่สมบูรณ์ (10 คะแนน)	- มีทีมสอบสวน ครบทุกอำเภอ (10 คะแนน) - สอบสวนสำเร็จ $\geq 50\%$ เทียบกับ ไบรณบัตร (30 คะแนน)	- บันทึกสอบสวน สำเร็จ $\geq 80\%$ (40 คะแนน) - มีการตรวจสอบ ความถูกต้องของ ข้อมูลรายไตรมาส (20 คะแนน)	- ร้อยละ 70 ของอำเภอมีทีม สอบสวน ≥ 2 คน (20 คะแนน) - ตรวจสอบข้อมูล ถูกต้องสมบูรณ์ ทุก 3 เดือน (50 คะแนน) - มีแผนเพิ่มทีม สอบสวนใน อำเภอที่ขาด แคลน (10 คะแนน)	- ร้อยละ 80 ของ อำเภอมีทีมสอบสวน ≥ 2 คน (30 คะแนน) - ประชุมทบทวน การบันทึกข้อมูล โดยพี่เลี้ยงอย่างน้อย 2 ครั้ง (30 คะแนน) - วิเคราะห์ข้อมูล เชิงลึกเสนอผู้บริหาร หรือแสดงผล บน Dashboard (40 คะแนน)	1. รายงานการสอบสวน โรค (รง. 506s) 2. หน้า Dashboard/ ระบบสารสนเทศจังหวัด 3. รายงานการประชุม คณะกรรมการนโยบาย

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

- คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด: หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับหลาย Building Block ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน: ในกรณีที่แต่ละด้านมีหลายหัวข้อการประเมิน ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน
- การคำนวณคะแนนเฉลี่ยรายด้าน: ยกตัวอย่างเช่น ในหัวข้อที่ 1 การให้บริการสุขภาพ มีการประเมิน 2 ข้อย่อย ให้คำนวณคะแนนเฉลี่ยของหัวข้อย่อย โดยคะแนนเต็มที่ได้ต้องไม่เกิน 100 คะแนน
ตัวอย่าง: $(85 + 87) = 172 \div 2 = 86$ คะแนน
- การคำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน: นำคะแนนเฉลี่ยของทุกด้านที่เกี่ยวข้องมาหาค่าเฉลี่ยรวมเพื่อเป็นคะแนนสรุป
ตัวอย่าง: $(86 + 80 + 80) = 246 \div 3 = 82.33$ คะแนน

ตารางที่ 6 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบเฝ้าระวังและป้องกันเชิงรุกมีความยั่งยืน: มีนวัตกรรมหรือระบบ Digital Dashboard ที่เชื่อมโยงข้อมูลแบบ Real-time มีทีม HOPE Task Force ที่ปฏิบัติงานได้ทันทั่วทั้งที่ และเป็นต้นแบบในการสร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วนได้อย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบเฝ้าระวังมีความครอบคลุมและมั่นคง: มีการดำเนินงานตามมาตรการหลักอย่างต่อเนื่องทุกพื้นที่ ข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ และบุคลากรมีสมรรถนะตามมาตรฐาน SOP	พัฒนาอย่างมั่นคง

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบดำเนินงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน: มีการดำเนินงานตามมาตรการป้องกัน การฆ่าตัวตายขึ้นพื้นฐานครบถ้วน กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังมี บางมาตรการที่ต้องพัฒนาให้ต่อเนื่อง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบต้องการการสนับสนุน: มีการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดเพียงบางส่วน ระบบข้อมูลหรือการติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มี อัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระบบต้องเร่งแก้ไขเร่งด่วน: มีจุดอ่อนสำคัญในกลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง ระบบรายงานข้อมูลขาดความสมบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ได้	ต้องการฟื้นฟูระบบ

ตารางที่ 7 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 20 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 60 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 80 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
ประสิทธิภาพของ การรักษาและ ป้องกันการทำซ้ำ	ร้อยละของผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำซ้ำ ภายในระยะเวลา 1 ปี	น้อยกว่า ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34	ร้อยละ 35-39	ร้อยละ 40-44	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 45	1. รายงานจาก ระบบ รง.506S

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1. คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด:

- กรณีตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับด้านผลกระทบเพียงด้านเดียว ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินด้านนั้น

2. พิจารณาจากผลกระทบเชิงประจักษ์:

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น สถิติจากระบบ รง.506s ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริง
- มุ่งเน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่าเพียงแค่กระบวนการดำเนินงาน

3. พิจารณาจากผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์:

- การลดอัตราการทำซ้ำ: ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้และไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี
- การสร้างผลกระทบเชิงบวก: ญาติหรือผู้ดูแลมีความรอบรู้เรื่องสัญญาณเตือนและสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที
- การป้องกันอุบัติการณ์ใหม่: ไม่เกิดการฆ่าตัวตายเป็นใหม่จากผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อเนื่องจากการฆ่าตัวตาย (Postvention)

ตารางที่ 8 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ดีเยี่ยม: ผลลัพธ์โดดเด่น บรรลุผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน ระบบเป็นต้นแบบได้	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ดีมาก: ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน ครอบคลุมพื้นที่ และมีแนวโน้มการพัฒนาที่มั่นคง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ดี: ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ได้	กำลังพัฒนา

ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	พอใช้: ผลกระทบเชิงบวกเกิดขึ้นเพียงบางส่วน ระบบยังมีความเสี่ยงต่อการกลับมาทำซ้ำสูง	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	เริ่มต้น: ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์	ต้องการเร่งแก้ไข

ตารางที่ 9 สรุปการคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด คิดเป็นสัดส่วน เชิงปริมาณ : เชิงคุณภาพ (70 : 30)

คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 4) $\times 0.7$ = Score	คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 5) $\div 10 \times 0.15$ = Score	คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 7) $\div 10 \times 0.15$ = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ + Score เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ = (คะแนนเต็ม 10)		

หมายเหตุ :

1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30%
เช่น (คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3$ = Score

ผู้ประเมิน
ชื่อ-สกุล : นายภาณุพงศ์ พันภัยพาล กลุ่มงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์ติดต่อ : 091-003-1494

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

คำนิยาม

- **ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา:** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113, ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- **การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง:** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครอบตามโปรแกรมมาตรฐาน ต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้
 - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วัน หลังจากวันที่สรุปบำบัด
 - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 365 วัน หลังจากวันที่สรุปบำบัด

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 62	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ

วิธีการประเมินผล: เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน: ข้อมูลที่บันทึกในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75.00
9	ร้อยละ 70.00 - 74.99
8	ร้อยละ 65.00 - 69.99
7	ร้อยละ 60.00 - 64.99
6	ร้อยละ 55.00 - 59.99
5	ร้อยละ 50.00 - 54.99
4	ร้อยละ 45.00 - 49.99
3	ร้อยละ 40.00 - 44.99
2	ร้อยละ 35.00 - 39.99
1	น้อยกว่าร้อยละ 35.00

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม(เฉพาะระบบสมัครใจ)(Retention Rate) (มากกว่าร้อยละ 75) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ในระบบสมัครใจ (ม.113,ม.114) ของสถานพยาบาล ยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครอบคลุมโปรแกรมมาตรฐานต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ ดังนี้ ผู้ใช้ ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 30 วัน ผู้เสพ/ผู้ติดย ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 365 วัน ** ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดย = จำแนกโดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (V2) ** ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล • ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569	$Retention Rate = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานและครบระยะเวลา 365 วัน หลังจากวันที่สรุปบำบัด B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมดที่ครบระยะเวลา 365 วัน หลังจากวันที่สรุปบำบัด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูลจากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) (ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks)

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
ระบบบริการสุขภาพ(Service Delivery)	การยกระดับคุณภาพบริการและสร้างระบบนิเวศ การดูแลที่ไร้รอยต่อและเข้าถึงง่าย	แยกส่วน	ตั้งรับ	มาตรฐาน	ไร้รอยต่อ	ความเป็นเลิศ	- แนวทางระดับอำเภอ
		- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ ครอบคลุมอำเภอ และ - ประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่แก่คณะทำงานอย่างน้อย 1 ครั้ง	- มีแนวทาง/คู่มือส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ - มีระบบ SMI-V Fast tract ครอบคลุมพื้นที่	- หน่วยงานผ่านการประเมิน HA ยาสเสพติด และ - ประเมินคุณภาพ 2 ศูนย์ 2 สถานได้ครอบคลุมหน่วยงานส่วนใหญ่ที่ครบวงจร	- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยได้แบบ Real-time หรือ - จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ตามนโยบายได้ตามเป้าหมาย	- มีรูปแบบนวัตกรรมที่เป็นเลิศ/ถูกนำไปใช้ขยายผล หรือ - ได้รับรางวัลผลงานดีเด่นระดับเขต/กระทรวง/ประเทศ หรือ - ผลงาน Retention rate หรือตัวชี้วัดอื่นที่โดดเด่นระดับประเทศ	- รายงานการประชุม - ผลงานดำเนินงานในระบบรายงานบสต. - ผลงานนวัตกรรม/รางวัล

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและเสริมพลัง และสร้างความผูกพันในทีมสหวิชาชีพ	ขาดความพร้อม	ภาระงานล้น	สมรรถนะพื้นฐาน	ทีมเชี่ยวชาญ	องค์กรแห่งการเรียนรู้	- คำสั่งผู้รับผิดชอบ
		- มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ครบทุกระดับ (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล)	- มีแผนพัฒนากำลังคนด้านยาเสพติด และ - มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้พื้นฐานให้แก่บุคลากรในเครือข่าย	- มีอัตรากำลังเพียงพอและครอบคลุมหน่วยบริการทั้งเครือข่าย และ - มีกลไกให้หน่วยบริการในเครือข่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ	- มีระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง หรือ - มีมาตรการดูแลสุขภาพใจและป้องกันภาวะหมดไฟสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด	- มีบุคลากรที่ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ - เป็นวิทยากร/ผู้เชี่ยวชาญระดับเขตหรือประเทศ หรือ - มีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือผลงานวิชาการด้านการบำบัดรักษาที่ได้รับการเผยแพร่	- แผนและสรุปผลการอบรมพัฒนาบุคลากรประจำปี - บันทึกgrayงานการประชุม Case Conference หรือภาพถ่ายกิจกรรม Mentoring - ผลงานวิชาการหรือนวัตกรรมของบุคลากรในพื้นที่

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล (Health Information System)	การบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและติดตามรายบุคคล	เชื่อถือไม่ได้	เชิงตั้งรับ	ถูกต้อง	เชิงรุก	อัจฉริยะ	-รายงานสรุปข้อมูลจากระบบ บสด.
		- หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาโรคในระบบ บสด. (ไม่ครบถ้วนไม่ทันเวลา)	- ได้ข้อมูลเพื่อทำรายงานตามระเบียบ(แต่ไม่มีการนำมาวิเคราะห์ระดับพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์)	- บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน และ - มีกลไกการเชื่อมโยงและตรวจสอบฐานข้อมูลร่วมกัน ฝ่ายปกครองหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด/เขต เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล	- การใช้ระบบสารสนเทศ หรือการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมเพื่อใช้ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรและสั่งการ หรือ - หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้งาน App ล้อมรั้งในการดูแล	- Executive Real-time Dashboard สั่งการได้ทันที	-รายงานการประชุมที่มีการนำเสนอข้อมูลวิเคราะห์ -ตัวอย่าง Dashboard หรือ รายงานสถานการณ์ที่ผู้บริหารใช้

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐานที่ใช้ ประเมิน
ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การสร้างความ เข้มแข็งชุมชน ฝึกกำลังภาคี เครือข่าย	ขาดทิศทาง	ตามสายงาน	มีส่วนร่วม	บูรณาการ	ยั่งยืน	- คำสั่งแต่งตั้ง
		- มีคำสั่ง คกก. ศอ.ปส.จ. ที่เป็น ปัจจุบัน และ - มีตาราง แผนการประชุม ประจำปีชัดเจน	- ประชุม คกก. สม่ำเสมอ อย่าง น้อยทุกไตรมาส และ - มีบันทึก รายงานการ ประชุมที่มีมติ การแก้ปัญหา	- บรรจุงาน ยาเสพติดเป็น วาระหลักใน ระดับอำเภอ และ - มีแผนบูรณา การร่วมกับภาคี เครือข่าย และ - ภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมในการ ดำเนินงานตาม บทบาทหน้าที่	- มีการบูรณา การงบประมาณ หรือทรัพยากร ระหว่าง หน่วยงาน หรือ - มีโครงการที่ ได้รับงบ สนับสนุนจาก อปท./อบจ.	- เกิดนวัตกรรม การบริหารจัดการ แบบบูรณาการที่ เป็นเลิศ เป็น ต้นแบบได้ หรือ - มีข้อตกลงความ ร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงาน ในระยะยาว	- รายงานการ ประชุม - แผนปฏิบัติ การป้องกัน และแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด - หลักฐานการ สนับสนุน งบประมาณ

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับหลาย Building Block (เช่น 6 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น

2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน

- หากในแต่ละด้านมีหลายหัวข้อการประเมิน ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน

3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง

- เช่น $(68+40+60+85+45+90)/6 = 64.7$ คะแนน

ตารางที่ 5 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (Impact) (5ระดับ)

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐานที่ใช้ ประเมิน
ด้านการฟื้นฟู สภาพ (Recovery)	ผลลัพธ์ทาง คลินิกและสุข ภาวะของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการ หยุดใช้ยาเสพติด (Remission)	ล้มเหลว - อัตราผู้ป่วย หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปีน้อยกว่า ร้อยละ 5	ฟื้นตัวบางส่วน - อัตราผู้ป่วย หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปีร้อยละ 5 - 20	ตามเกณฑ์ - อัตราผู้ป่วย หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปีร้อยละ 20 - 40	เข้มแข็ง - อัตราผู้ป่วย หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปีมากกว่า ร้อยละ 40	ยั่งยืน - มีเครือข่ายแกน นำผู้เลิกยา ที่ ทำงานร่วมกับ เจ้าหน้าที่ หรือ - อัตรา ผู้ป่วยหยุด เสพต่อเนื่อง 1 ปี โดดเด่นในระดับ จังหวัด/เขต/ ประเทศ	- รายงานใน ระบบ บสต. - คำสั่งแต่งตั้ง หรือข้อตกลง

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐานที่ใช้ ประเมิน
ด้านการคืนสู่ สังคม (Reintegration)	ความสามารถใน การกลับไปใช้ ชีวิตในสังคม การประกอบ อาชีพ การศึกษา และการได้รับ การยอมรับจาก ชุมชน	ขาดกลไก	เริ่มเชื่อมโยง	ใช้งานได้	พลเมือง คุณภาพ	สร้างคุณค่า	- รายงานใน ระบบ บสต.
		- สัดส่วนการส่ง ขอความ ช่วยเหลือน้อย กว่าร้อยละ 50 ของผู้เข้ารับการ บำบัด หรือ - อัตราการ ตอบสนองต่อคำ ขอช่วยเหลือใน ระบบ บสต. ต่ำกว่า ร้อยละ 50	- สัดส่วนการส่ง ขอความ ช่วยเหลือไม่น้อย กว่าร้อยละ 50 ของผู้เข้ารับการ บำบัด และ - อัตราการ ตอบสนองต่อคำ ขอช่วยเหลือใน ระบบ บสต. ร้อยละ 50 - 80	- อัตราการ ตอบสนองต่อคำ ขอช่วยเหลือใน ระบบ บสต. มากกว่าร้อยละ 80 - ขึ้นทะเบียน ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ ทางสังคม	- สัดส่วนผู้ผ่าน การบำบัดที่ ได้รับการ ช่วยเหลือที่มี คะแนนคุณภาพ ชีวิตเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 80	- มีภาคเอกชน ยอมรับผู้ผ่าน บำบัดเข้าทำงาน หรือ - มีทำเนียบสถาน ประกอบการที่รับผู้ ผ่านการบำบัดเข้า ทำงาน หรือ - มีบันทึกการจ้าง งานหรือประกอบ อาชีพที่ตรวจสอบ ได้จริง	- รายงานการ ประชุมที่ เกี่ยวข้อง - สถิติการจ้าง งานหรือ ประกาศจ้าง งาน

Building Block	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 50 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 95 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 100 คะแนน	เอกสาร หรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
ด้านความปลอดภัย (Safety)	ความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชน จากผลกระทบของยาเสพติด โดยเฉพาะกลุ่ม SMI-V	อันตรายสูง	ตั้งรับ	ปลอดภัย	เชิงรุก	Zero Violence	- แนวทางระดับจังหวัด/เขต - รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง - สถิติข่าวความรุนแรงจากสำนักงานป.ป.ส.
		- จัดทำทำเนียบผู้ป่วยกลุ่ม SMIV ที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง - มีการทบทวนเหตุการณ์ (RCA) และวางแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (ถ้ามี)	- มีการแนวทางการระงับเหตุเป็นมาตรฐานเดียวกัน - บุคลากรได้รับการฝึกซ้อมแผนระงับเหตุรุนแรงในโรงพยาบาล - มีระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจนและรวดเร็ว	- มีระบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและดำเนินการได้ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่	- พื้นที่ส่วนใหญ่มีระบบเฝ้าระวังในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม	- ไม่เกิด Sentinel Event ตลอด - ปึงบประมาณ หรือ มีผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปลอดภัยจากปัญหาเสพติด	

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น

- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม เช่น $(75+85+69) / 3 = 76.33$ คะแนน

2) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- เน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่ากระบวนการดำเนินงาน

3) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- มีแนวโน้มการพัฒนายอย่างต่อเนื่องหรือไม่
- ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

ตารางที่ 6 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	96 – 100	ดีเยี่ยม: ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน
ระดับ 4 = ดี (Good)	86 – 95	ดีมาก: ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	71 – 85	ดี: ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	51 – 70	พอใช้: ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 50	เริ่มต้น: ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน

ตารางที่ 7 สรุปการคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด คิดเป็นสัดส่วน เจริญปริมาณ : เจริญคุณภาพ (70 : 30)

คะแนนเจริญปริมาณ (70%)	คะแนนเจริญคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	คะแนนเจริญคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 3) $\times 0.7$ = Score	คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 4) $\div 10 \times 0.15$ = Score	คะแนนที่ได้ (ตารางที่ 5) $\div 10 \times 0.15$ = Score
Score เจริญปริมาณ + Score เจริญคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ + Score เจริญคุณภาพ ด้านผลกระทบ = (คะแนนเต็ม 10)		

หมายเหตุ :

1. หากตัวชี้วัดประเมินเจริญคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
2. หากตัวชี้วัดประเมินเจริญคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว (ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเจริญคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30%
เช่น (คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3$ = Score

ผู้ประเมิน
ชื่อ-สกุล : นายภาณุพงศ์ พันภัยพาล กลุ่มงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์ติดต่อ : 091-003-1494

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [/] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
10. คะแนนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ	คะแนน	NA	NA	NA	< 65	65 - 69.99	70 - 74.99	75 - 79.99	≥ 80	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
คะแนนการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง คะแนนจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สูตรการคำนวณ = A + B + C + D A = คะแนนจากตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC B = คะแนนจากตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก C = คะแนนจากตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก D = คะแนนจากตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ						
1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยาที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25) ในผู้ป่วยสิทธิ UC	เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	เป้าหมายมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	เกณฑ์การให้คะแนน				
			20 คะแนน	25 คะแนน	30 คะแนน	35 คะแนน	40 คะแนน
2. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ของหน่วยบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ	เมืองฉะเชิงเทรา	4.2 ล้านบาท	< 2.1 ล้านบาท	2.1 - 3 ล้านบาท	3 - 3.8 ล้านบาท	3.8 – 4.2 ล้านบาท	4.2 ล้านบาทขึ้นไป
	พนมสารคาม	3 ล้านบาท	< 1.5 ล้านบาท	1.5 - 2 ล้านบาท	2 - 2.5 ล้านบาท	2.5 - 3 ล้านบาท	3 ล้านบาทขึ้นไป
	สนามชัยเขต	3 ล้านบาท	< 1.5 ล้านบาท	1.5 - 2 ล้านบาท	2 - 2.5 ล้านบาท	2.5 - 3 ล้านบาท	3 ล้านบาทขึ้นไป
	บางปะกง	2.7 ล้านบาท	< 1.38 ล้านบาท	1.38 - 1.8 ล้านบาท	1.8 - 2.2 ล้านบาท	2.2 - 2.7 ล้านบาท	2.7 ล้านบาทขึ้นไป
	บางน้ำเปรี้ยว	2.7 ล้านบาท	< 1.38 ล้านบาท	1.38 - 1.8 ล้านบาท	1.8 - 2.2 ล้านบาท	2.2 - 2.7 ล้านบาท	2.7 ล้านบาทขึ้นไป
	ท่าตะเกียบ	1.8 ล้านบาท	< 900,000 บาท	900,000-1,170,000 บาท	1.17 - 1.46 ล้านบาท	1.46 - 1.8 ล้านบาท	1.8 ล้านบาทขึ้นไป
	บางคล้า	1.8 ล้านบาท	< 900,000 บาท	900,000-1,170,000 บาท	1.17 - 1.46 ล้านบาท	1.46 - 1.8 ล้านบาท	1.8 ล้านบาทขึ้นไป
	แปลงยาว	1.8 ล้านบาท	< 900,000 บาท	900,000-1,170,000 บาท	1.17 - 1.46 ล้านบาท	1.46 - 1.8 ล้านบาท	1.8 ล้านบาทขึ้นไป
	บ้านโพธิ์	1.8 ล้านบาท	< 900,000 บาท	900,000-1,170,000 บาท	1.17 - 1.46 ล้านบาท	1.46 - 1.8 ล้านบาท	1.8 ล้านบาทขึ้นไป
	คลองเขื่อน	600,000 บาท	< 300,000 บาท	300,000-380,000 บาท	380,000-480,000 บาท	480,000 - 600,000 บาท	600,000 บาทขึ้นไป
	ราชสาส์น	600,000 บาท	< 300,000 บาท	300,000-380,000 บาท	380,000-480,000 บาท	480,000 - 600,000 บาท	600,000 บาทขึ้นไป
	จังหวัดฉะเชิงเทรา	24 ล้านบาท	< 12 ล้านบาท	12 – 16 ล้านบาท	> 16 – 20 ล้านบาท	> 20 – 24 ล้านบาท	24 ล้านบาทขึ้นไป
	เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
		ร้อยละ 50	< ร้อยละ 48	ร้อยละ 48 – 49.99	ร้อยละ 50 – 51.99	ร้อยละ 52 – 53.99	≥ ร้อยละ 54
	เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
ร้อยละ 16		< ร้อยละ 14	ร้อยละ 14 - 15.99	ร้อยละ 16 - 17.99	ร้อยละ 18 - 19.99	≥ ร้อยละ 20	
3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางที่ได้รับการบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การนวดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การรักษาด้วยยาสมุนไพร และการฝังเข็ม							

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ																			
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ได้รับยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป ดังนี้ 1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx M791 (Myalgia), M626 (Muscle strain), OA knee (M179) Low back pain(M545) Back pain (M5496) 2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไอ เสมหะ โควิด-19 : Dx Common cold (J00) / Dx COVID19 (U071, U072) 3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ : Dx Dyspepsia (R101, K30) 4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก : Dx Hemorrhoid (K640, K641, K642 / Dx Constipation (K590) 5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน : Dx Dizziness (R42) 6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต : Dx Hemiplegia (G81) 7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล 7.1 Dx Herpes simplex (B009) / Dx Zoster (B029) 7.2 Dx Burn (T200, T201, T202, T210, T211, T212, T220, T221, T222, T230, T231, T232, T240, T241, T242, T250, T251, T252) 7.3 Dx Abrasion wound (S109, S208, S309, S409, S509, S609, S709, S809, S909) 7.4 Dx Tinea versicolor (B360) / Dx Tinea (B353, B354, B356) 8. อาการนอนไม่หลับ : Dx Insomnia (F510, G470) 9. กลุ่มอาการท้องเสีย : Dx Acute diarrhea (A099) 10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร : Dx Anorexia (R630)	<table><tr><th rowspan="2">เครือข่ายสุขภาพอำเภอ</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>7 คะแนน</th><th>9 คะแนน</th><th>11 คะแนน</th><th>13 คะแนน</th><th>15 คะแนน</th></tr><tr><td></td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</td><td>เพิ่มขึ้น < ร้อยละ 11</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11-12.99</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13-14.99</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15-16.99</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ ≥ ร้อยละ 17</td></tr></table>	เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					7 คะแนน	9 คะแนน	11 คะแนน	13 คะแนน	15 คะแนน		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15	เพิ่มขึ้น < ร้อยละ 11	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11-12.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13-14.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15-16.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ≥ ร้อยละ 17
เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	เป้าหมาย			เกณฑ์การให้คะแนน																
		7 คะแนน	9 คะแนน	11 คะแนน	13 คะแนน	15 คะแนน														
	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15	เพิ่มขึ้น < ร้อยละ 11	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11-12.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13-14.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15-16.99	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ≥ ร้อยละ 17														

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	คะแนน	แหล่งข้อมูล	คะแนนที่ได้
1.มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC	จากมูลค่าการใช้ ยาสมุนไพรฯ ตาม เป้าหมายที่กำหนด	40	OPEN Data by MOPH รายงาน s_ttm4 	
		35		
		30		
		25		
		20		
2.ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 50)	≥ ร้อยละ 54	30	ข้อมูลจาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา (ข้อ 1.20) Link : https://hdc.moph.go.th/cco/public/standard-report-detail/8f3d7d8e9dd50372641546bf12895c04	
	ร้อยละ 52 – 53.99	25		
	ร้อยละ 50 – 51.99	20		
	ร้อยละ 48 – 49.99	15		
	< ร้อยละ 48	10		
3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ร้อยละ 20	15	ข้อมูลจาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา (ข้อ 3.1) Link : https://hdc.moph.go.th/cco/public/standard-report-detail/3b9588304ddab6facbeb16089f1b9e85	
	ร้อยละ 18-19.99	13		
	ร้อยละ 16-17.99	11		
	ร้อยละ 14-15.99	9		
	< ร้อยละ 14	7		
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ≥ ร้อยละ 17	15	ข้อมูลจาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) จังหวัดฉะเชิงเทรา (ข้อ 1.21) Link : https://hdc.moph.go.th/cco/public/standard-report-detail/mtlg7qpGzbMJRk15oggUy	
	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15-16.99	13		
	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13-14.99	11		
	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11-12.99	9		
	เพิ่มขึ้น < ร้อยละ 11	7		
คะแนนรวมทั้งหมด		100 คะแนน	คะแนนที่ได้	

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
ระบบฐานข้อมูล HDC	ชื่อ-สกุล : นางสาวกรรณา เจริญนวัฒน์ กลุ่มงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เบอร์ติดต่อ : 092-5267059

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [/] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
11. คะแนนของหน่วยบริการในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (จำนวน 3 ตัวชี้วัดย่อย)	คะแนน	-	-	-	0 – 0.99	1.00 - 1.99	2.00 – 2.99	3.00 – 3.99	4.00 – 5.00	คปสอ.

ตัวชี้วัดย่อย	ชื่อตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนน	น้ำหนัก	ผลคะแนน
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1	ร้อยละของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5		40 %	
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการส่งต่อโดยใช้ระบบ MOPH Refer	5		30 %	
ตัวชี้วัดย่อยที่ 3	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์	5		30 %	
รวมคะแนน				100 %	 (เต็ม 5 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ร้อยละของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	มีการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต
2 คะแนน	มีการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร้อยละ 4 เมื่อเทียบกับจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต
3 คะแนน	มีการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร้อยละ 6 เมื่อเทียบกับจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต
4 คะแนน	มีการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร้อยละ 8 เมื่อเทียบกับจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต
5 คะแนน	มีการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย การขับเคลื่อนการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของหน่วยบริการ แก่ประชาชนผู้ขอรับบริการ โดยได้พัฒนาระบบมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง สำหรับประชาชนในทุกพื้นที่ โดยมีการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลบริการด้านสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งภาครัฐทุกสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการด้านความปลอดภัย สนับสนุนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลทุกระดับ เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถบริการได้ตามแนบท้ายประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึง และทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชน ประชาชนลดภาระการเดินทางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชนควรได้รับ ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ มุ่งเน้นยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพลดความแออัดในหน่วยบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผ่านการพัฒนาของแพลตฟอร์มเชื่อมโยงระบบ Telemedicine เพิ่มความสะดวกลดค่าใช้จ่ายและสร้างสุขภาพดีกับให้แก่ประชาชน

สูตรคำนวณ

ร้อยละการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) = $(A \times 100) / B$

A : จำนวนบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รพ.สต. อ้างอิงจากข้อมูลบริการ Telemedicine โปรแกรม หมอพร้อม Station และ สอน.บัดดี้

B : จำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของ รพ.สต (ยกเว้นบริการส่งเสริม การคัดกรอง และการควบคุมโรค) อ้างอิงจาก HDC

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
1.กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2.รายงานจากระบบ หมอพร้อม Station สอน.Buddy 3.ระบบ HDC	ชื่อ – สกุล : นายอาณัติ ประดิษฐ์แจ้ง กลุ่มงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โทร. 081 830 0304

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการส่งต่อโดยใช้ระบบ MOPH Refer

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	รพ.มีการส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่า 200 ราย และ รพ.สต.การส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ จาก รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ รพ.สต.ทั้งอำเภอ
2 คะแนน	รพ.มีการส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่า 400 ราย และ รพ.สต.การส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ จากรพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งอำเภอ
3 คะแนน	รพ.มีการส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่า 600 ราย และ รพ.สต.การส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ครบทุก รพ.สต.
4 คะแนน	รพ.มีการส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่า 800 ราย และ รพ.สต.การส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ครบทุก รพ.สต.
5 คะแนน	รพ.มีการส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ไม่น้อยกว่า 1,000 ราย และ รพ.สต.การส่งต่อด้วยระบบ MOPH REFER และมีการออกใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ครบทุก รพ.สต.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)

ระบบ MOPH Refer คือระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบออนไลน์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เปลี่ยนจากการใช้ "ใบส่งตัวกระดาษ" แบบเดิม มาเป็น "ใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์" (e-Referral) เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลมีความรวดเร็ว แม่นยำ และไร้รอยต่อมากขึ้นครับ

สรุปประเด็นสำคัญของระบบมีดังนี้ครับ:

วัตถุประสงค์หลัก

- **ลดภาระประชาชน:** ไม่ต้องถือเอกสารใบส่งตัวที่เป็นกระดาษไปโรงพยาบาลปลายทาง ลดโอกาสเอกสารหาย หรือข้อมูลไม่ครบถ้วน
- **ความรวดเร็ว:** ข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทาง (เช่น ประวัติการรักษา ผลแล็บ ภาพถ่ายเอกซเรย์) จะถูกส่งเข้าระบบออนไลน์เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางดูได้ทันที
- **การเชื่อมโยงข้อมูล:** ทำงานร่วมกับระบบ "หมอพร้อม" ทำให้ผู้ป่วยสามารถเช็คสถานะใบส่งตัวของตัวเองได้ผ่านสมาร์ทโฟน

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ระบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย "บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่" และ "Digital Health" ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับบริการสาธารณสุขไทยสู่ยุคดิจิทัลเต็มรูปแบบ

ข้อมูลพื้นฐานปี 2568

อำเภอ	จำนวนการส่งต่อด้วย MOPH REFER และมีใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ ปี 2568		
	รพ.	รพ.สต.	รวม
เมืองฉะเชิงเทรา	672	15	687
บางคล้า	2,743	14	2,757
บางน้ำเปรี้ยว	2,789	15	2,804
บางปะกง	5,326	9	5,335
บ้านโพธิ์	3,190	12	3,202
พนมสารคาม	2,310	22	2,332
ราชสาส์น	1,004	0	1,004
สนามชัยเขต	1,734	44	1,778
แปลงยาว	1,608	3	1,611
ท่าตะเกียบ	1,394	7	1,401
คลองเขื่อน	807	7	814
รวม	23,577	148	23,725

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
1. https://moph-refer.moph.go.th/dashboard-refer/ 2. ระบบ HDC	ชื่อ – สกุล : นายอานัติ ประดิษฐ์แจ้ง กลุ่มงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โทร. 081 830 0304

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีระบบนัดหมายออนไลน์

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	รพ.มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 2 คลินิก (เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่อง) และมีผู้รับบริการเฉลี่ย 20 - 39 ครั้งต่อเดือน
2 คะแนน	รพ.มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 3 คลินิก (เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่อง) และมีผู้รับบริการเฉลี่ย 40 - 59 ครั้งต่อเดือน
3 คะแนน	รพ.มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 4 คลินิก (เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่อง) และมีผู้รับบริการเฉลี่ย 60 - 79 ครั้งต่อเดือน
4 คะแนน	รพ.มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 4 คลินิก (เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่อง) และมีผู้รับบริการเฉลี่ย 80 - 99 ครั้งต่อเดือน
5 คะแนน	รพ.มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 4 คลินิก (เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่อง) และมีผู้รับบริการเฉลี่ย ≥ 100 ครั้งต่อเดือน

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	
ระบบนัดหมายออนไลน์ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชน โดยมีช่องทางหลัก คือ แพลตฟอร์ม "หมอพร้อม" และระบบสนับสนุนสำหรับหน่วยบริการที่เรียกว่า MOPH Appointment Center และ หมอพร้อม Station ช่องทางสำหรับประชาชน (ผู้รับบริการ) ประชาชนสามารถจองคิวนัดหมายได้เองผ่าน 2 ช่องทางดิจิทัลหลัก: • แอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" (Mohprompt) : 1. เข้าเมนู "จองคิวหาหมอ" หรือ "นัดหมายออนไลน์" 2. เลือกจังหวัดและโรงพยาบาลที่ต้องการ (เฉพาะที่เข้าร่วมระบบ) 3. เลือกแผนก วันที่ และเวลาที่ต้องการนัดหมาย 4. ระบุอาการเบื้องต้นและกดยืนยันเพื่อรับ "ใบนัดหมายดิจิทัล" • Line OA "หมอพร้อม": มีขั้นตอนคล้ายกับในแอปพลิเคชัน โดยเลือกเมนู "นัดหมายออนไลน์" และทำตามขั้นตอนจนได้รับใบนัดในแชท Line นิยาม ผู้รับบริการเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง จำนวนผู้รับบริการที่นัดหมายทุกคลินิกรวมกัน ในช่วงที่คำนวณ (นับรวมทั้งหมด)หารด้วย จำนวนเดือนที่รับบริการ	
แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
ระบบนัดหมายออนไลน์ MOPH Appointment Center และ หมอพร้อม Station	ชื่อ – สกุล : นายอาณัติ ประดิษฐ์แจ้ง กลุ่มงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โทร. 081 830 0304

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [✓] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
12. คะแนนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	คะแนน	ผ่าน 22 แห่ง (23 แห่ง)	ผ่าน 23 แห่ง (23 แห่ง)	ผ่าน 22 แห่ง (23 แห่ง)	< 1540	1540 - 1759	1760 - 1979	1980 - 2090	> 2090	คปสอ.

เกณฑ์การประเมิน	
ระดับ 1	หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน < 1540 คะแนน (จาก 2200 คะแนน)
ระดับ 2	หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 1540 - 1759 คะแนน (จาก 2200 คะแนน)
ระดับ 3	หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 1760 - 1979 คะแนน (จาก 2200 คะแนน)
ระดับ 4	หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 1980 - 2090 คะแนน (จาก 2200 คะแนน)
ระดับ 5	หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน > 2090 คะแนน (จาก 2200 คะแนน)

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (SelfAssessment) จากข้อเท็จจริงที่ สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติ ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน	1. เว็บไซต์หน่วยงาน จำนวน 23 เว็บไซต์ 2. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) 3. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)	นางสาวพรพิมล นนันทนา นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 09 2987 4553 E-mail : pmnn26@hotmail.com

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
13. ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (ร้อยละ 85)	ร้อยละ	80.52	89.14	94.51	50 - 59.99	60 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	90 - 100	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	สูตรการคำนวณ
หน่วยงานที่รับตรวจ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำแบบสอบถามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประจำปีงบประมาณ 2569 (ตามแบบสอบถามที่กลุ่มตรวจสอบภายใน กระทรวงสาธารณสุขกำหนด) จำนวน 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ร้อยละ) = $\frac{\text{ผลรวมคะแนน}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$ 30

แหล่งข้อมูล/หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
แบบสอบถามการประเมินผลระบบการควบคุมภายในกระทรวงสาธารณสุข	ชื่อ-สกุล : นางสาวเกตุวดี ผกาพุ่ม กลุ่มงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป เบอร์ติดต่อ : 038 - 511189 ต่อ 303 - 304

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569

ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [/] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) /ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [/] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
14. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) ≥ 10.5 คะแนน	ระดับความสำเร็จ	N/A	N/A	N/A	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-2	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-3	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-4	สำเร็จ ขั้นตอน ที่ 1-5	คปสอ.
		ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2569								

เกณฑ์การประเมิน	
ขั้นตอนที่ 1	แต่งตั้งคณะกรรมการ cfo ระดับหน่วยบริการทุกแห่ง
ขั้นตอนที่ 2	จัดให้มีการประชุมสรุปผลการติดตามและประเมินผลการดำเนิน พร้อมรายงานผลการประชุมให้ สสจ.ทราบ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
ขั้นตอนที่ 3	การประเมินเชิงคุณภาพ 3S (Structure Staff System) คะแนนระดับ 5 มีความต่อเนื่อง
ขั้นตอนที่ 4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ (TPS) ≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน
ขั้นตอนที่ 5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ (TPS) ≥ 12 คะแนน

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)	แหล่งข้อมูล/ หลักฐานอ้างอิง	ผู้ประเมิน
หน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) เชิงปริมาณ ผ่านเกณฑ์ A = ดีมาก (≥ 12 คะแนน) B = ดี (≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน) ไม่ผ่านเกณฑ์ C = พอใช้ (≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน) D = ปรับปรุง (≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน) F = ไม่ผ่าน (< 7.5 คะแนน) เชิงคุณภาพ ระดับ 1 = ปรับปรุง 3s ระดับ 2 = มอບหมาย ระดับ 3 = ปฏิบัติ ระดับ 4 = ควบคุม ระดับ 5 = มีความต่อเนื่อง	www.hfo.moph.go.th	ชื่อ-สกุล : นางกรรณทิพย์ เจริญบุญย์วิวัฒน์ กลุ่มงาน : ประกันสุขภาพ เบอร์ติดต่อ : 064-9789558

ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ 2569
ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (กสร.) : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ความสำคัญของตัวชี้วัด : [] 1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Health KPI) / ตรวจราชการฯ [] 2. ตัวชี้วัดของกรม/กอง [/] 3. ตัวชี้วัดของจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ระดับจังหวัด			เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับการประเมิน
		2566	2567	2568	1	2	3	4	5	
15. คะแนนการพัฒนางานด้านวิชาการ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา	คะแนน	NA	NA	NA	< 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 100	คปสอ.

คำอธิบายตัวชี้วัด (โดยสังเขป)

ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ประเทภวิจัย/R2R กรณีศึกษา นวัตกรรม โพสต์เตอร์ Best Practice CQI
ผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีระดับจังหวัด หมายถึง ผลงานวิชาการฯ ที่ส่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีระดับจังหวัด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราจัดขึ้น
ผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ หมายถึง ผลงานวิชาการฯ ที่ สสจ.ฉช หรือ หน่วยงาน ส่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต /
 กระทรวงสาธารณสุข (นับรวมของกรม/กอง) / ประเทศ
ผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัลผลงานระดับเขต/กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ หมายถึง ผลงานวิชาการฯ ที่ได้รับรางวัลอันดับ 1 – 3 ไม่นับรางวัลชมเชย

เกณฑ์การประเมิน (ตามขนาดหน่วยงาน คปสอ.)					
รายการ	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	คะแนน	แหล่งข้อมูล
1. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเวทีระดับจังหวัด	≥ 5 เรื่อง	≥ 6 เรื่อง	≥ 7 เรื่อง	70	- หนังสือนำเสนอรายชื่อผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯ จากหน่วยงาน พร้อมเอกสารหลักฐาน - ทะเบียนรายชื่อผู้ส่งผลงานเข้าร่วมนำเสนอ
	4 เรื่อง	5 เรื่อง	6 เรื่อง	60	
	3 เรื่อง	4 เรื่อง	5 เรื่อง	50	
	2 เรื่อง	3 เรื่อง	4 เรื่อง	40	
	1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง	30	
2. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ	≥ 3 เรื่อง	≥ 4 เรื่อง	≥ 5 เรื่อง	15	- หนังสือนำเสนอรายชื่อผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯ จากหน่วยงาน พร้อมเอกสารหลักฐาน - ทะเบียนรายชื่อผู้ส่งผลงานเข้าร่วมนำเสนอ
	2 เรื่อง	3 เรื่อง	4 เรื่อง	10	
	1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง	5	
3. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัลผลงานระดับเขต/ กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ	≥ 1 เรื่อง	≥ 1 เรื่อง	≥ 1 เรื่อง	15	- สำเนาประกาศนียบัตรที่ได้รับรางวัล
รวมคะแนนทั้งหมด				100	

■ เกณฑ์การจำแนกขนาดของ คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

1. คปสอ. ขนาดเล็ก ประกอบด้วย คปสอ. แปลงยาว , คปสอ.ราชสาส์น, คปสอ.คลองเขื่อน
2. คปสอ. ขนาดกลาง ประกอบด้วย คปสอ.บางคล้า, คปสอ.บางน้ำเปรี้ยว, คปสอ.บางปะกง, คปสอ.ท่าตะเกียบ, คปสอ.บ้านโพธิ์
3. คปสอ. ขนาดใหญ่ ประกอบด้วย คปสอ.เมืองฉะเชิงเทรา (รวม รพ.พุทธโสธร), คปสอ.พนมสารคาม, คปสอ.สนามชัยเขต

หมายเหตุ : เกณฑ์การจำแนกขนาดของ คปสอ. ใช้เฉพาะการประเมินตัวชี้วัดฯ นี้เท่านั้น โดยใช้ขนาดของ รพ. เป็นหลัก และจำนวน รพ.สต. ของ สสอ.

วิธีการคำนวณ (ตัวอย่าง)

หน่วยงาน ตัวชี้วัด	1. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีระดับ จังหวัด	2. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ กระทรวงสาธารณสุข/ประเทศ	3. จำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับ รางวัลผลงานระดับเขต/กระทรวง สาธารณสุข/ประเทศ	รวม	แปลผล
คปสอ.บางปะกง (ขนาดกลาง)	ส่ง 5 เรื่อง = 60 คะแนน	ส่ง 5 เรื่อง = 15 คะแนน	ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ 1 เรื่อง = 15 คะแนน	90	ระดับ 5

ผู้ประเมิน
ชื่อ-สกุล : นางสาวรัชฎาภรณ์ ตาดทรัพย์, นางสาวจิตาภา หวังเจริญ กลุ่มงาน : บริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 061 794 9891, 089 602 9699



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
CHACHOENGSAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE