

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ประจำปี งบประมาณ 2566

รอบ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566 ; รอบ 6 เดือน)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2566 – 30 ก.ย. 2566 ; รอบ 12 เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 30

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเภท ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)
คำนิยาม	ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (Performance agreement) ประกอบไปด้วย (อยู่ระหว่างรอการลงนามจากทางกระทรวงสาธารณสุข)
เกณฑ์ เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า 4 คะแนน
วัตถุประสงค์	1. เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข และประเมินผลร่วมในภาพจังหวัด
กลุ่มเป้าหมาย	1. คปสอ. 9 แห่ง 2. สสจ. 1 แห่ง
วิธีการ จัดเก็บ ข้อมูล	เก็บข้อมูลจากกลุ่มงานผู้ดูแลตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน : ประเมินตาม Small success 6 เดือน รอบ 12 เดือน : ประเมินตาม Small success 9 เดือน
แหล่งข้อมูล	กระทรวงสาธารณสุข
รายการ ข้อมูล 1	A = คะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
สูตรการ คำนวณ	A
ระยะเวลา การ ประเมินผล	รอบ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566 ; รอบ 6 เดือน) รอบ 2 (1 เม.ย. 2566 – 30 ก.ย. 2566 ; รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้																			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																				
	1	1. มีกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (PA) ประจำปีงบประมาณ ปี 2566	0.50																			
		2. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบร่วมตัวชี้วัดตามประเด็น	0.50																			
	2	3. มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ	0.50																			
		4. มีการออกแบบระบบและรายงาน เพื่อควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	0.50																			
	3	5. มีการติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (PA) ประจำปีงบประมาณ ปี 2566	0.50																			
		6. มีการนำเสนอ วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนผลการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	0.50																			
	4	7. มีกลไกในการกระตุ้นให้การดำเนินงานตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์สามารถบรรลุตามเกณฑ์ได้	0.50																			
		8. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมีการบรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่กำหนด รอบ 6 เดือน วัดผลจาก small success และ output (ต.ค. 66 - ก.พ.67) รอบ 12 เดือน วัดจาก ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดรอบ 9 เดือน (ต.ค. 66 - มิ.ย. 67) *รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามเอกสารแนบที่ 1	1																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th colspan="5">ร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์</th> </tr> <tr> <th>ร้อยละ 50</th> <th>ร้อยละ 60</th> <th>ร้อยละ 70</th> <th>ร้อยละ 80</th> <th>ร้อยละ 90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การให้คะแนน					ร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์					ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
	เกณฑ์การให้คะแนน																					
ร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์																						
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90																		
0.2	0.4	0.6	0.8	1.0																		
5	9. จัดทำแผนปรับปรุงงาน (ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์)/แผนพัฒนางาน (ผลงานผ่านเกณฑ์) ในปีต่อไป	0.5																				
<b>รวม</b>		<b>5</b>																				
วิธีการประเมินผล	1. สสจ. ประเมินจาก รอบ 6 เดือน : คะแนนรวมที่ได้ รอบ 12 เดือน : คะแนนรวมที่ได้ 2. คปสอ. ประเมินจาก รอบ 6 เดือน : คะแนนรวมที่ได้ รอบ 12 เดือน : คะแนนรวมที่ได้																					
เอกสารสนับสนุน :	รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	N/A																					

ผู้กำกับดูแล	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
ตัวชี้วัด	1.นายแพทย์ธราพงษ์ กัปโก 2.นายแพทย์อิทธิพล อุดตมะปัญญา 3.นางดารารัตน์ โห้วงศ์ 4.นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักคพงศ์ 5.นายสมเกียรติ ทองเล็ก 6.นางล่องจันทร์ คำภิลานนท์ 6.นางกัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นายปิยะณัฐ วิเชียร กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทร 094 821 3666	
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
โทรศัพท์	0 3742 5142 - 4 ต่อ 107	
สำนักงาน		
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	6 เดือน และ 12 เดือน	

**ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๗**  
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว**

- รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนแรก)
- รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนหลัง)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ ๑๕

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับ รพ.สต.

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid) (Milestone+เชิงปริมาณ)												
คำนิยาม	<p><b>ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับ รพ.สต.</b></p> <p>หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการจัดบริการเชื่อมโยงในการบริหารจัดการดูแลจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ในระดับดี (กลุ่มสีเขียว ) และ กลุ่มที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ในระดับพอใช้ (กลุ่มสีเหลือง ) โดยดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามาใช้บริการให้ได้ตรงตามมาตรฐาน</p> <p>รูปแบบการจัดบริการของหน่วยบริการ</p> <p>๑. รพ.สต. มีแพทย์ออกตรวจ คือ เป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการ NCDs Clinic ได้ตามขอบเขตบริการปฐมภูมิ โดยมีแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว และสีเหลือง ใน รพ.สต. ร่วมกับมีทีมสหวิชาชีพร่วมสนับสนุนการให้บริการได้แก่ เกษัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นต้น โดยจัดบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงจัดระบบการบริการตามความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทตามเขตพื้นที่</p> <p>๒. รพ.สต. ไม่มีแพทย์ออกตรวจ คือ เป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการ NCDs Clinic ได้ตามขอบเขตบริการปฐมภูมิ โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว และสีเหลือง ร่วมกับมีทีมสหวิชาชีพร่วมสนับสนุนการให้บริการได้แก่ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นต้น และมีแพทย์ ให้คำปรึกษา กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หรือ ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยจัดบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงจัดระบบการบริการตามความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทตามเขตพื้นที่</p> <p>การให้บริการ NCDs Clinic ในระดับ รพ.สต. มีแพทย์ออกตรวจ</p>												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">กลุ่ม</th> <th style="text-align: center;">ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย</th> <th style="text-align: center;">รูปแบบการบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ควบคุมได้ดี</td> <td>BP &lt; 140/90 mmHg (&gt; 100/60 mmHg) (HT)</td> <td>- Remed ยาเดิม</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">สีเขียว</td> <td>DTX 80 -140 mg% (DM)</td> <td>- อาจรับยาที่บ้านผ่าน อสม.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ควบคุมได้</td> <td>BP &gt; 140/90 แต่ &lt; 160/110 mmHg x 2 ครั้ง BP &lt; 100/60 หรือ ≥ 160/110 mmHg x 1 ครั้ง DTX 141 – 200 mg% x 2 ครั้ง DTX &gt; 200 หรือ &lt; 80 mg% x 1 ครั้ง สงสัยมีผลข้างเคียงจากยา: มีอาการน้ำตาลต่ำ, บวมจาก amlodipine หรือ pioglitazone, ไอบาก Enalapril และอื่นๆ</td> <td>ปรับการรักษาโดยแพทย์ ที่ออกตรวจ ผ่าน Teleconsultant-medicine</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่ม	ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	รูปแบบการบริการ	ควบคุมได้ดี	BP < 140/90 mmHg (> 100/60 mmHg) (HT)	- Remed ยาเดิม	สีเขียว	DTX 80 -140 mg% (DM)	- อาจรับยาที่บ้านผ่าน อสม.	ควบคุมได้	BP > 140/90 แต่ < 160/110 mmHg x 2 ครั้ง BP < 100/60 หรือ ≥ 160/110 mmHg x 1 ครั้ง DTX 141 – 200 mg% x 2 ครั้ง DTX > 200 หรือ < 80 mg% x 1 ครั้ง สงสัยมีผลข้างเคียงจากยา: มีอาการน้ำตาลต่ำ, บวมจาก amlodipine หรือ pioglitazone, ไอบาก Enalapril และอื่นๆ	ปรับการรักษาโดยแพทย์ ที่ออกตรวจ ผ่าน Teleconsultant-medicine
กลุ่ม	ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	รูปแบบการบริการ											
ควบคุมได้ดี	BP < 140/90 mmHg (> 100/60 mmHg) (HT)	- Remed ยาเดิม											
สีเขียว	DTX 80 -140 mg% (DM)	- อาจรับยาที่บ้านผ่าน อสม.											
ควบคุมได้	BP > 140/90 แต่ < 160/110 mmHg x 2 ครั้ง BP < 100/60 หรือ ≥ 160/110 mmHg x 1 ครั้ง DTX 141 – 200 mg% x 2 ครั้ง DTX > 200 หรือ < 80 mg% x 1 ครั้ง สงสัยมีผลข้างเคียงจากยา: มีอาการน้ำตาลต่ำ, บวมจาก amlodipine หรือ pioglitazone, ไอบาก Enalapril และอื่นๆ	ปรับการรักษาโดยแพทย์ ที่ออกตรวจ ผ่าน Teleconsultant-medicine											

	การให้บริการ NCD ในระดับรพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ออกตรวจ		
	<b>กลุ่ม</b>	<b>ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย</b>	<b>รูปแบบการบริการ</b>
	<b>ควบคุมได้ดี</b> <b>สีเขียว</b>	1. BP < 140/90 mmHg (HT) 2. DTX 80 – 140 mg% (DM) 3. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยแล้วแต่ดูแลพินิจแพทย์	- Remed ยาเดิม - อาจรับยาที่บ้านผ่านอสม (หมอ 1) - NCD @ Home)
	<b>ควบคุมพอใช้</b> <b>สีเหลือง</b>	1. BP > 140/90 แต่ < 160/110 mmHg x 2 ครั้ง 2. BP < 100/60 หรือ ≥ 160/110 mmHg x 1 ครั้ง 3. DTX 141 200 mg% x 2 ครั้ง 4. DTX > 200 หรือ < 80 mg% x 1 ครั้ง 5. สงสัยมีผลข้างเคียงจากยา: มีอาการน้ำตาลต่ำ บวมจาก amlodipine หรือ pioglitazone ใจาก Enalapril และอื่นๆ	-ปรึกษาแพทย์ ผ่าน Teleconsult-Telemedicine
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพ.สต. ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ทุกเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการดำเนินการจัดบริการ NCDs Clinic		
<b>วัตถุประสงค์</b>	๑.เพื่อขับเคลื่อนการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาล ๙ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๙ แห่ง (รวม รพ.สต.)		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การรายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับ รพ.สต.		
<b>ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล</b>	ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก ๑ เดือน (ภายในก่อนวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน) การนิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง ทุก ๖ เดือน		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	เอกสารต่าง ๆ และเอกสารจากหนังสือเวียนภายในจังหวัด ดังนี้ ๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus ปี ๒๕๖๗ โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒. คู่มือแนวทางการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๓. คู่มือปฏิบัติเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.๒๕๖๖ ๔. ฐานข้อมูลจากรายงานผ่านระบบ ๔๓ แฟ้ม ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๕. แนวทางเวชปฏิบัติแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ( นพ.เพลิน โทณสระน้อย ; ฉบับปรับปรุง กันยายน 2566)		
<b>รายการข้อมูล</b>	๑.ผลการดำเนินงานการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑ มีผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากปี ๒๕๖๖ พร้อมจำแนกประเภท ผู้ป่วยตามคู่มือปฏิบัติเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.๒๕๖๖ ( ๑ คะแนน ) ๒ มีคำสั่งคณะกรรมการ การดำเนินงานการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับ รพ.สต.( ๑ คะแนน) ๓ มีแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic ระดับ รพ.สต.( ๑ คะแนน) - แผนการให้บริการ - แผนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๔ มีผลสำเร็จของการดำเนินงาน ( ๑ คะแนน ) กำหนดให้ A = จำนวน รพ.สต.ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการจัดบริการ NCDs Clinic B = จำนวน รพ.สต.ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั้งหมด ในเขตพื้นที่ (รวม รพ.สต. ถ้าย้อน) ๕ มีรายงานการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงาน ( ๑ คะแนน )		

สูตรการคำนวณ	ผลการดำเนินงานการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล = (A/B) × ๑๐๐																
เกณฑ์การประเมินผล	ระดับ คป.สอ. (ผอ.รพ. และ สสอ.)																
	ระดับที่	เกณฑ์การให้คะแนน				คะแนน											
	๑	<input type="checkbox"/> วิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากปี ๒๕๖๖ พร้อมจำแนกประเภท ผู้ป่วยตามคู่มือปฏิบัติเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.๒๕๖๖ (๐.๕ คะแนน) <input type="checkbox"/> สรุปผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค จากการจัดบริการ NCD Clinic ระดับ รพ.สต. ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๐.๕ คะแนน)															
	๒	<input type="checkbox"/> มีจัดตั้งคณะกรรมการ การดำเนินงานการจัดบริการ NCDs Clinic ระดับ รพ.สต. (๑ คะแนน)															
	๓	<input type="checkbox"/> แผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic ระดับ รพ.สต. แผนการให้บริการ/การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (๑ คะแนน)															
	๔	มีผลสำเร็จในการดำเนินงาน <table border="1" data-bbox="435 840 1396 1059"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๐.๑</th> <th>๐.๒๕</th> <th>๐.๕๐</th> <th>๐.๗๕</th> <th>๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี พยาบาลเวชปฏิบัติ มีการจัดบริการ NCDs Clinic ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>ร้อยละ ≤๔๐</td> <td>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	๐.๑	๐.๒๕	๐.๕๐	๐.๗๕	๑	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี พยาบาลเวชปฏิบัติ มีการจัดบริการ NCDs Clinic ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ≤๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐
ระดับคะแนน	๐.๑	๐.๒๕	๐.๕๐	๐.๗๕	๑												
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี พยาบาลเวชปฏิบัติ มีการจัดบริการ NCDs Clinic ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ≤๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐												
๕	<input type="checkbox"/> มีการประชุมและถอดบทเรียนการดำเนินงาน (๐.๕ คะแนน) <input type="checkbox"/> มีรายงานการประชุมและถอดบทเรียนการดำเนินงาน (๐.๕ คะแนน)																
หมายเหตุ รอบ ๖ เดือนแรก ประเมินเฉพาะ ข้อที่ ๔ ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ = ๕ คะแนน รอบ ๖ เดือนหลัง ประเมินข้อที่ ๑-๕ ได้ ๕ คะแนน = ๕ คะแนน																	
วิธีการประเมินผล	๑ หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ ๒ ข้อมูลจาก รายงานผลการดำเนินงานและการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน โดย สสจ.สระแก้ว																
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนแรก) รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนหลัง)																
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus ปี ๒๕๖๖ โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒. คู่มือแนวทางการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๓. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (ม.ค. ๒๕๕๙) ๔. คู่มือปฏิบัติเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.๒๕๖๖																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑. นางดารารัตน์ ไห้วงค์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร ๐๘๑ ๕๗๒ ๔๖๘๑ ๒. นางอรพิน ภัทรกรสกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทร ๐๘๙ ๘๓๒ ๒๐๕๘ ๓. นายศรากุล อมรรัตนชัย งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทร ๐๖๒ ๖๕๔ ๕๔๒๕																
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นายศรากุล อมรรัตนชัย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทร ๐๖๒ ๖๕๔ ๕๔๒๕																
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว																
โทรศัพท์สำนักงาน	๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๒ – ๔ ต่อ ๓๐๓																

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน)

รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) **น้ำหนักคะแนน ร้อยละ ๑๕**

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานมีจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ในกลุ่มโรคที่ไม่ซับซ้อน ในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ และไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลง และเป็นผู้ป่วยที่ยังคงต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในมีทีมแพทย์พยาบาล และสหวิชาชีพให้การดูแล ได้แก่ ๑.โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ๒.โรคปอดอักเสบ ๓.โรคแผลกดทับ ๔.โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันภายใต้ระบบบริการแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ ๕. โรคความดันโลหิตสูง ๖. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ๗.โรคโควิด-๑๙ รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน Home Isolation</p>				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p>	<p>๑. CUP เปิดให้บริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ทุกแห่ง ๒. ผู้ป่วยกลุ่มโรค/โรคที่กำหนดได้รับการให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) อย่างน้อย ๑๒ ราย /ปี /CUP</p>				
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>๑. เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ๒. เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ๓. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ๓. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ๔. เพื่อลดความแออัด ภายในโรงพยาบาล ๕. เพื่อลดอัตราการครองเตียง ภายในโรงพยาบาล</p>				
<p><b>กลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP)</p>				
<p><b>เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</b></p>					
	<p><b>ระดับกิจกรรม</b></p>	<p><b>ไตรมาส ๑</b></p>	<p><b>ไตรมาส ๒</b></p>	<p><b>ไตรมาส ๓</b></p>	<p><b>ไตรมาส ๔</b></p>
<p><b>ระดับ ๑</b> ๑. CUP มีการจัดคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ หรือกำหนดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ทุกระดับ (๐.๕ คะแนน) ๒. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ของ CUP (๐.๕ คะแนน)</p>	<p>/</p>	<p>/</p>			
<p><b>ระดับ ๒</b> นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) มาจัดทำแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาดของ CUP (๑ คะแนน)</p>	<p>/</p>				
<p><b>ระดับ ๓</b> ๑. CUP มีการกิจกรรม Kick off /ประชาสัมพันธ์การเปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ให้ประชาชนได้รับทราบ/ มีการดำเนินการตามแผนพัฒนา (๐.๕ คะแนน) ๒. CUP มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ในกลุ่มโรค/โรคที่กำหนด (๐.๕ คะแนน)</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>

<b>ระดับ ๔</b>					
๑. มีการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ภายใน CUP (๐.๕ คะแนน)		/	/	/	/
๒. CUP มีการรายงานผลการดำเนินงาน ให้จังหวัดทราบทุกเดือน (๐.๕ คะแนน)		/	/	/	/
<b>ระดับ ๕</b>					
๑. CUP มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยในอย่างน้อย ๑๒ รายต่อปี (๐.๕ คะแนน)		/	/	/	/
๒. CUP มีการสรุปถอดบทเรียน เพื่อให้ได้นวัตกรรม Best Practice และปัญหาอุปสรรค เพื่อทำแผนพัฒนาปีต่อไป (๐.๕ คะแนน)				/	/
<b>วิธีการประเมินผล</b>					
๑. ติดตามและประเมินผลจากการรายงานผลทุกเดือน					
๒. ตรวจสอบจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน รอบที่ ๑ ให้นับคะแนนในระดับ ๑-๓ เท่ากับ ๕ คะแนน และรอบที่ ๒ ก็ให้นับคะแนนทั้ง ๕ ระดับ เท่ากับ ๕ คะแนน					
<b>แหล่งข้อมูล</b>	: รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง				
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	นางดารารัตน์ โห้วงค์ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นางกชพรรณ หาญชิงชัย ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	นายณัฐกริช โกมลศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวเจนจิรา มหา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข				
<b>หน่วยงาน</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว				
<b>โทรศัพท์สำนักงาน</b>	๐-๓๗๔๒-๕๑๔๑-๓ ต่อ ๓๐๔				
<b>ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล</b>	รอบ ๑ ( ๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ )		รอบ ๒ ( ๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ )		



(ร่าง)ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน)

รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบส่งต่อ One Province One Hospital **น้ำหนักคะแนน**  
**ร้อยละ ๑๕**

คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบส่งต่อ One Province One Hospital หมายถึง จังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP) มีการจัดระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว โดยมีเป้าหมาย คือ “ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย”			
เกณฑ์เป้าหมาย :	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ส่งต่อคุณภาพ (๘ ด้าน) ๒. ปฏิเสธการส่งต่อ ร้อยละ ๐			
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย			
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง			
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส				
ระดับกิจกรรม	ไตร มาส ๑	ไตร มาส ๒	ไตร มาส ๓	ไตร มาส ๔
ระดับ ๑ ๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ หรือกำหนดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนแต่ละระดับ (๐.๕ คะแนน) ๒. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหา และมาตรฐานส่งต่อของโรงพยาบาล องค์ประกอบ ที่ ๑ เจตจำนงและจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน องค์ประกอบ ที่ ๒ การบริหารจัดการองค์กร องค์ประกอบ ที่ ๓ การบริหารและพัฒนาบุคลากร องค์ประกอบ ที่ ๔ โครงสร้างด้าน อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย องค์ประกอบ ที่ ๕ วัสดุครุภัณฑ์ ตาม มาตรฐาน ศูนย์รับ-ส่งต่อ องค์ประกอบ ที่ ๖ แนวทางหรือคู่มือปฏิบัติงาน องค์ประกอบ ที่ ๗ กิจกรรมหลัก องค์ประกอบ ที่ ๘ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (๐.๕ คะแนน)	/	/		
ระดับ ๒ ๑. นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหา และมาตรฐานส่งต่อของโรงพยาบาล มาจัดทำแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาด	/			
ระดับ ๓ ๑. มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาด (๐.๕ คะแนน) ๒. มีการดำเนินงานตามคู่มือพัฒนาระบบส่งจังหวัดสระแก้ว ปี ๒๕๖๗ (๐.๕ คะแนน)	/	/	/	/

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส (ต่อ)				
ระดับกิจกรรม	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
<b>ระดับ ๔</b> ๑. มีการ Teleconference เพื่อร่วมกันทบทวน Case ส่งต่อที่พบปัญหาบ่อย ๆ (๐.๕ คะแนน) หรือ ทบทวน CPG ๒. Service Plan ลงเยี่ยมโรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (๐.๕ คะแนน)	/	/	/	/
<b>ระดับ ๕</b> ๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ส่งต่อคุณภาพ (คะแนนรวมทั้ง ๘ ด้าน อย่างน้อยละ ๖๐) (๐.๒๕ คะแนน) ๒. ปฏิเสธการส่งต่อ ร้อยละ ๐ (๐.๒๕ คะแนน) ๓. มีการสรุปถอดบทเรียน เพื่อให้ได้นวัตกรรม Best Practice และปัญหาอุปสรรค เพื่อทำแผนพัฒนาปีต่อไป (๐.๕ คะแนน)	/	/	/	/
<b>วิธีการประเมินผล</b> ๑. ติดตามและประเมินผลจากการรายงานผลทุกเดือน ๒. ตรวจสอบจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน รอบที่ ๑ ให้นับคะแนนในระดับ ๑-๓ เท่ากับ ๕ คะแนน และรอบที่ ๒ ก็ให้นับคะแนนทั้ง ๕ ระดับ เท่ากับ ๕ คะแนน				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง			
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	นายแพทย์อิทธิพล อุดตมะปัญญา ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นางกชพรรณ หาญชิงชัย ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	นายณัฐกริช โกมลศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
<b>หน่วยงาน</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว			
<b>โทรศัพท์สำนักงาน</b>	๐-๓๗๔๒-๕๑๔๑-๓ ต่อ ๓๐๕			
<b>ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล</b>	รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖-๓๑ มี.ค.๒๕๖๗ )		รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗-๓๐ ก.ย.๒๕๖๗ )	

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2567

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 20 ก.พ. 2567 ; รอบ 6 เดือนแรก)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ส.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือนหลัง)

น้ำหนักคะแนน ร้อยละ 20

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)(Milestone+เชิงปริมาณ)
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีการส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานมีกระบวนการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้น เทคโนโลยีที่เหมาะสมและหรือมีระเบียบวิธีวิจัยรองรับ ตลอดจนมีการเผยแพร่ (ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่าง ๆ ในระดับจังหวัดขึ้นไป) เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์</p> <p>ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานทางวิชาการประเภท นวัตกรรม, วิจัย, R2R, Best Practice, COI การพัฒนากระบวนการ สิ่งประดิษฐ์ ทางกายภาพ/การแพทย์/การสาธารณสุข ที่ผ่านการปรับปรุง พัฒนา สร้างขึ้นมาใหม่ มีสถิติ ข้อมูลทางวิชาการ หรือกระบวนการทางวิจัยรองรับ โดยมีการสื่อสาร ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) รายงานนวัตกรรม (innovation report) และรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา (epidemiologic investigation report)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มงาน/งาน มีผลงานวิชาการที่ได้เผยแพร่ระดับจังหวัดขึ้นไป
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาผลงานวิชาการของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการระหว่างกลุ่มงาน/งาน</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานผลงานวิชาการพร้อมไฟล์เอกสารผลงานวิชาการ ทุก 6 เดือน รอบ 6 เดือนแรก ส่งภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 รอบ 6 เดือนหลัง ส่งภายในวันที่ 20 สิงหาคม 2567
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เอกสารรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>2. เล่มเอกสารผลงานวิชาการ/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์</li> <li>3. บทคัดย่อ/บทความ/รายงาน ในรูปแบบเอกสารหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์</li> <li>4. วารสารวิชาการต่างๆที่ลงเผยแพร่ผลงานวิชาการ</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ
สูตรการคำนวณ	ผลรวมของคะแนนการดำเนินการในแต่ละรอบการประเมิน
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 20 ก.พ. 2567) รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 20 ส.ค. 2567)

เกณฑ์การประเมินผล	กลุ่มงาน/งาน						
	รอบ 6 เดือนแรก	คะแนน 5	รอบ 12 เดือนหลัง	คะแนน 5			
	1. กลุ่มงาน/งาน มีการสนับสนุนบุคลากรให้วิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาสภาพปัญหาหรือโอกาสพัฒนางาน สาธารณสุขร่วมกันในหน่วยงาน	1	4. กลุ่มงาน/งาน มีผลงานวิชาการอย่างน้อย 1 เรื่อง	1			
	2. กลุ่มงาน/งาน มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาสภาพปัญหาในงานที่ปฏิบัติ และกำหนดสมมติฐาน	2	5. ร้อยละของบุคลากรในกลุ่มงาน/งาน มีผลงานวิชาการ	2			
	3. กลุ่มงาน/งาน มีกระบวนการศึกษาเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน	2			ร้อยละ	คะแนน	
			50 - 59	0.5			
		60 - 69	1				
		70 - 79	1.5				
		80 - 89	2				
		6. มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการระดับ สสจ.สระแก้ว/ระดับจังหวัดขึ้นไป	2				
หมายเหตุ เป็นผลงานวิชาการที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานปี 2566 และ 2567							
วิธีการประเมินผล	ประเมินจาก 1. ตรวจสอบเอกสารแผนงาน โครงการ และรายงานผลการดำเนินงาน 2. แจงนับจำนวนเล่มหรือเอกสารผลงานวิชาการ 3. ตรวจสอบหลักฐานการเผยแพร่ผลงานวิชาการ 4. ตรวจสอบภาพถ่าย/หลักฐานการดำเนินงานจากการนิเทศงาน						
เอกสารสนับสนุน :	-						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลงานย้อนหลังภาพรวมจังหวัด						
	ผลงาน	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66
	จำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ระดับจังหวัดขึ้นไป	40	45	53	15	50	89
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	1. นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักคพงศ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว						
	2. นายจาตุรงค์ จันทรเรือง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล						
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นางสาวกฤษณี ประยงค์เพชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ						
	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร 0955503163						
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ 0 3742 5142 – 4 ต่อ 306, 307						

KPI Template ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

- รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน)  
 รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ ๑๐

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตาม service plan สาขา โรคไต ปังบประมาณ ๒๕๖๗ : CKD (ประเด็นปัญหาของอำเภอเมืองสระแก้ว)

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)
คำนิยาม	<p>- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติ (Abnormal Renal Structure) หรือ มีค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) น้อยกว่า ๖๐ มิลลิลิตร/นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร นานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน</p> <p>- ค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) คือปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที เป็นตัวบ่งบอกการทำงานของไตที่ดีที่สุด คำนวณมาจากค่าครีอาตินิน (Cr หรือ creatinine) ซึ่งได้จากการเจาะเลือด โดยเอาไปคำนวณร่วมกับอายุ เพศ และเนื้อพื้นที่ของแต่ละคนแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้</p> <p><b>ระยะ (Stage) คำจำกัดความ eGFR (mL/min/๑.๗๓m<sup>๒</sup>)</b></p> <p><b>ระยะที่ ๑</b> พบโปรตีน (Microalbumin &gt; ๓๐) หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะหรือไตผิดปกติจากการตรวจทางรังสีหรือมีพยาธิสภาพและ GFR ปกติหรือเพิ่มขึ้น &gt;๙๐</p> <p><b>ระยะที่ ๒</b> พบโปรตีน (Microalbumin &gt; ๓๐) หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะหรือไตผิดปกติจากการตรวจทางรังสีหรือมีพยาธิสภาพและ GFR ลดลงเล็กน้อย ๖๐-๘๙</p> <p><b>ระยะที่ ๓A</b> GFR ลดลงปานกลาง ๔๕-๕๙</p> <p><b>ระยะที่ ๓B</b> GFR ลดลงปานกลาง ๔๔-๓๐</p> <p><b>ระยะที่ ๔</b> GFR ลดลงมาก ๑๕-๒๙</p> <p><b>ระยะที่ ๕</b> ไตวายระยะสุดท้าย &gt;๑๕</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ๔ คะแนน
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระดับ คปสอ.ให้มีการบูรณาการ และประเมินผลร่วมกัน</p> <p>๒. เพื่อพัฒนารูปแบบ และมาตรฐานในการประเมินผล ในระดับคปสอ.</p> <p>๓. เพื่อพัฒนาทักษะ และความสามารถในการเป็นที่เลี้ยง (Coaching ,Training and Facilitator) ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว</p> <p>๔. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. สถานบริการในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว (รพ.สท.๒๑ แห่ง, CMU ๑ แห่ง) พัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ service plan สาขาโรคไต ปังบประมาณ ๒๕๖๗</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว กำกับ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน เป็นที่เลี้ยง ให้กับสถานบริการ พร้อมทั้งติดตาม และประเมินผล</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบ ๑ และ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ สถานบริการ ๒๒ แห่ง รอบ ๖ เดือน : ประเมินการการนิเทศ และ ประเมินผลการปฏิบัติงาน NCDs Clinic plus ไตรมาสที่ ๑-๒ รอบ ๑๒ เดือน : ประเมินการการนิเทศ และ ประเมินผลการปฏิบัติงาน NCDs Clinic plus ไตรมาสที่ ๓-๔
แหล่งข้อมูล	- ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง - ผลงาน HDC
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ตาม service plan สาขา โรคไต ปังบประมาณ ๒๕๖๗
สูตรการคำนวณ	A
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน) รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล	ระดับ คปสอ.เมืองสระแก้ว			
	รอบ ๖ เดือน	คะแนน ๕	รอบ ๑๒ เดือน	คะแนน ๕
	๑. สถานบริการมีแผนการพัฒนาการดำเนินงาน NCDs Clinic plus ในปี ๒๕๖๖ - ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๐.๕ คะแนน - ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๑ คะแนน	๑	๑.กิจกรรมอบรมให้ความรู้เพิ่มทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยไตวายระยะ ๓-๔ "อย่าฝากไตไว้กับหมอ" ร้อยละ ๘๐ ของตำบลในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว (ทั้งหมด ๘ ตำบล) - ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๑ คะแนน - ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒ คะแนน	๒
	๒. สถานบริการมีทะเบียนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT - ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๐.๕ คะแนน - ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๑ คะแนน	๑	๒.ผลการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๕๐ โดยคะแนน - ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ๑.๕ คะแนน - ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ๓ คะแนน	๓
	๓. ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง - ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๑ คะแนน - ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒ คะแนน	๒		
๔.การดำเนินกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครครอบครัวและชุมชน ในการ ติดตาม ดูแล กลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ เน้นพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย อย่างเข้มข้น "ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs" อย่างน้อย ๑ หมู่บ้าน ใน ๑ อำเภอ	๑			
วิธีการประเมินผล	รอบ ๖ เดือน : หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ การประเมินผล รอบ ๑๒ เดือน : หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ การประเมินผล และคะแนนการประเมิน คปสอ.			
เอกสารสนับสนุน	เอกสารคู่มือการประเมิน NCDS clinic plus ๒๕๖๕			

ตำบล	B	A	อัตรา (๑๐๐)	๒๕๖๕		๒๕๖๖					
				ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		ไตรมาส ๓		ไตรมาส ๔	
				จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สระแก้ว	๒,๕๕๐	๑,๓๙๔	๕๔.๖๗	๔๖๐	๑๘.๐๔	๔๔๐	๑๗.๒๕	๒๐๖	๘.๐๘	๒๘๘	๑๑.๒๙
บ้านแก้ง	๑,๔๐๔	๘๕๒	๖๐.๖๘	๕๘๗	๔๑.๘๑	๒๐๘	๑๔.๘๑	๒๑	๑.๕๐	๓๖	๒.๕๖
ศาลาลำดวน	๑,๓๘๖	๙๔๘	๖๘.๔๐	๕๒๕	๓๗.๘๘	๑๖๐	๑๑.๕๕	๑๒๘	๙.๒๔	๑๓๕	๙.๗๔
โคกบึง	๑,๓๖๙	๑,๐๐๘	๗๓.๖๓	๕๙๕	๔๓.๔๖	๓๔๓	๒๕.๐๕	๓๒	๒.๓๔	๓๘	๒.๗๘
ท่าแยก	๑,๒๘๔	๙๘๙	๗๗.๐๒	๕๔๑	๔๒.๑๓	๒๔๙	๑๙.๓๙	๘๔	๖.๕๔	๑๑๕	๘.๙๖
ท่าเกษม	๑,๕๒๓	๑,๑๙๐	๗๘.๑๔	๕๕๗	๓๖.๐๑	๕๙๒	๓๘.๘๗	๗๘	๕.๑๒	๖๓	๔.๑๔
สระขวัญ	๑,๖๕๘	๙๕๑	๕๗.๓๖	๔๙๒	๒๙.๖๗	๓๑๗	๑๙.๑๒	๗๗	๔.๖๔	๖๕	๓.๙๒
หนองบอน	๗๗๔	๖๐๗	๗๘.๔๒	๒๑๐	๒๗.๑๓	๓๓๑	๔๒.๗๖	๒๘	๓.๖๒	๓๘	๔.๙๑
รวม	๑๑,๙๔๘	๗,๙๓๙	๖๖.๔๕	๓,๘๖๗	๓๒.๓๗	๒,๖๔๐	๒๒.๑๐	๖๕๔	๕.๔๗	๗๗๘	๖.๕๑

ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
	๑. นายแพทย์สมคิด ยืนประโคน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
	๒. นายคำรณ สมยา	สาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นางสาวอรอุมา มาโพธิ์ชัย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร ๐๘๔-๓๖๑๐๒๑๔	
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว	
โทรศัพท์ สำนักงาน	๐ ๓๗๒๔ ๑๑๗๙	
ความถี่ในการ จัดเก็บข้อมูล	๖ เดือน และ ๑๒ เดือน	

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
สระแก้ว

- รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนแรก)
- รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนหลัง)

น้ำหนักตัวชี้วัด ๑๐

ชื่อตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ  $\leq$  ๘ ต่อแสนประชากร

ประเภท ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)(Milestone+เชิงปริมาณ)
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะ ให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือ ไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ไม่กลับไปทำร้ายตัวเองตามหมายถึง ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-วันที่ 30 กันยายน 2566)</p> <p>ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที่</li> <li>2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84)</li> <li>3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน</li> <li>4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง</li> </ol>



	<p>5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และต้านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย</p> <p>6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่</p> <p>7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ</p>																				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <table border="1" data-bbox="304 707 1506 871"> <tr> <td>ปีงบประมาณ2566</td> <td>ปีงบประมาณ2567</td> <td>ปีงบประมาณ2568</td> <td>ปีงบประมาณ2569</td> <td>ปีงบประมาณ2570</td> </tr> <tr> <td>≤ 8 ต่อแสนประชากร</td> <td>≤ 8 ต่อแสนประชากร</td> <td>≤ 8 ต่อแสนประชากร</td> <td>≤ 8 ต่อแสนประชากร</td> <td>≤ 8 ต่อแสนประชากร</td> </tr> </table> <p>เกณฑ์เป้าหมายย่อย: ร้อยละของผู้พยายามทำร้ายตัวเองไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <table border="1" data-bbox="304 1016 1506 1126"> <tr> <td>ปีงบประมาณ2566</td> <td>ปีงบประมาณ2567</td> <td>ปีงบประมาณ2568</td> <td>ปีงบประมาณ2569</td> <td>ปีงบประมาณ2570</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ80</td> <td>ร้อยละ82</td> <td>ร้อยละ85</td> <td>ร้อยละ88</td> <td>ร้อยละ90</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570	ร้อยละ80	ร้อยละ82	ร้อยละ85	ร้อยละ88	ร้อยละ90
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570																	
≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร																	
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570																	
ร้อยละ80	ร้อยละ82	ร้อยละ85	ร้อยละ88	ร้อยละ90																	
<p><b>ประเภทตัวชี้วัด</b></p>	<p>ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)(Milestone+เชิงปริมาณ)</p>																				
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>2. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของมาตรการเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่ม ผู้พยายามฆ่าตัวตาย</p>																				
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอำเภอวังน้ำเย็น</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่วิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐาน การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ ( วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 )</p>																				
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก</p> <p>1) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</p> <p>2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S</p>																				

	<p>3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของสสจ.</p> <p><b>ตัวชี้วัดย่อย :</b> จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก</p> <p>1) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S</p> <p>3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)</p>
แหล่งข้อมูล	<p><b>เป้าหมายหลัก :</b></p> <p>๑) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖ S</p> <p>๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของแต่ละจังหวัด</p> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b></p> <p>๑) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖ S</p> <p>๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)</p>
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	<p>B= จำนวนประชากรกลางปี 2566</p> <p><b>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2565</b></p> <p>สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2566</p>
รายการข้อมูล 3	<p>C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดใน</p> <p>ปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ</p>

<b>รายการข้อมูล</b>  4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2566															
<b>สูตรคำนวณ</b>  ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$  ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$															
<b>ระยะเวลาการประเมินผล</b>	รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนแรก)  รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือนหลัง)															
<b>เกณฑ์การประเมินผล</b>	๑. ผอ.รพ. , สสอ. และ รพ.สต.ในอำเภอ ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq ๘$ ต่อแสนประชากร(๕ คน) <b>จำนวนพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน๑ปี</b> <table border="1" data-bbox="416 938 1390 1200" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;"><math>\leq 8</math> ต่อแสน ประชากร</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;"><math>\leq 8</math> ต่อแสน ประชากร</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ82</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ82</td> </tr> </tbody> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	$\leq 8$ ต่อแสน ประชากร	-	$\leq 8$ ต่อแสน ประชากร	-	ร้อยละ82		ร้อยละ82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
-	$\leq 8$ ต่อแสน ประชากร	-	$\leq 8$ ต่อแสน ประชากร													
-	ร้อยละ82		ร้อยละ82													
<b>วิธีการประเมินผล</b>	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและ รูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะ ทาง ภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ															
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย 2. ข้อมูลจาก HDC สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. รายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต															
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปี๒๕๖๕</td> <td>ปี๒๕๖๖</td> </tr> </table>		ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖										
ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖															

	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	๑๒.๗	๑๒.๗
	พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน1ปี	ร้อยละ	๙๒	๙๘

ผู้กำกับดูแลตัวชีวิต	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
	๑. นายวัฒนพล จิตติลาภะ ๒. นายสุริยันต์ เศษศรี ๓. นางพจนีย์ จงโชคดี ๔. นางสาวโสภณา หันธยุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	๑. นางพจนีย์ จงโชคดี โทร ๐๘๑๗๖๒๖๑๔๒ ๒. นางสาวโสภณา หันธยุง โทร ๐๘๐ ๐๙๑ ๕๗๐๑	

KPI Template ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือน)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 12 เดือน)

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid) (Milestone + เชิงปริมาณ)
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์มาตรฐาน ในประเด็นดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> <li>2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยใช้โปรแกรมยังคิดการบริโภคอาหาร GO NO GO TASK</li> <li>3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการบำบัดรักษา สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</li> <li>4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการบำบัดรักษา ควบคุมความดันโลหิตได้ดี</li> <li>5. หน่วยบริการมีผู้ป่วย DM remission (ต้นแบบ) อย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 คน</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอวังสมบูรณ์ ตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 95</li> <li>2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยใช้โปรแกรมยังคิดการบริโภคอาหาร GO NO GO TASK ร้อยละ 80</li> <li>3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการบำบัดรักษา สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40</li> <li>4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการบำบัดรักษา ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60</li> <li>5. หน่วยบริการมีผู้ป่วย DM remission (ต้นแบบ) อย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 คน</li> </ol>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เพื่อประชาชนอำเภอวังสมบูรณ์สุขภาพแข็งแรง</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาล 1 แห่ง/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลผ่านระบบรายงาน Health Data Center (HDC) และทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> <li>2. รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> </ol>
ข้อมูล	<p>A = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด                      B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p> $\frac{A}{B} * 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	<p>รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือน)                      รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 12 เดือน)</p>

เกณฑ์การประเมินผล	รอบ 6 เดือน	คะแนน	รอบ 12 เดือน	คะแนน																				
		5		5																				
	1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <table border="1" data-bbox="411 409 767 560"> <tr> <td>&lt;65</td> <td>65-74</td> <td>75-84</td> <td>85-94</td> <td>≥95</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<65	65-74	75-84	85-94	≥95	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1	1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยใช้โปรแกรมยังคิดการบริโภคอาหาร GO NO GO TASK <table border="1" data-bbox="900 474 1385 577"> <tr> <td>&lt;40</td> <td>50-59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>≥80</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<40	50-59	60-69	70-79	≥80	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1
<65	65-74	75-84	85-94	≥95																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
<40	50-59	60-69	70-79	≥80																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
	2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยใช้โปรแกรมยังคิดการบริโภคอาหาร GO NO GO TASK <table border="1" data-bbox="411 837 767 987"> <tr> <td>&lt;25</td> <td>25-29</td> <td>30-34</td> <td>35-39</td> <td>≥40</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<25	25-29	30-34	35-39	≥40	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1.5	2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการบำบัดรักษา สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี <table border="1" data-bbox="900 739 1385 842"> <tr> <td>&lt;10</td> <td>10-19</td> <td>20-29</td> <td>30-39</td> <td>≥40</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<10	10-19	20-29	30-39	≥40	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1
<25	25-29	30-34	35-39	≥40																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
<10	10-19	20-29	30-39	≥40																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
	3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการบำบัดรักษา สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี <table border="1" data-bbox="411 1200 767 1350"> <tr> <td>&lt;5</td> <td>5-9</td> <td>10-14</td> <td>15-19</td> <td>≥20</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<5	5-9	10-14	15-19	≥20	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1.5	3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการบำบัดรักษา ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <table border="1" data-bbox="900 1151 1385 1254"> <tr> <td>&lt;20</td> <td>20-29</td> <td>30-39</td> <td>40-49</td> <td>≥60</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<20	20-29	30-39	40-49	≥60	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1
<5	5-9	10-14	15-19	≥20																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
<20	20-29	30-39	40-49	≥60																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
	4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการบำบัดรักษา ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <table border="1" data-bbox="411 1563 767 1713"> <tr> <td>&lt;10</td> <td>10-14</td> <td>15-19</td> <td>20-24</td> <td>≥25</td> </tr> <tr> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> </table>	<10	10-14	15-19	20-24	≥25	0.2	0.4	0.6	0.8	1	1	4. หน่วยบริการมีผู้ป่วย DM remission (ต้นแบบ) อย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 คน  5. มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป	1  1										
<10	10-14	15-19	20-24	≥25																				
0.2	0.4	0.6	0.8	1																				
ประเมินผล	ประเมินผลจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จากแหล่งข้อมูล ดังนี้ 1. ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง																							

ผู้กำกับดูแล	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
ตัวชี้วัด	1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก 2. นายยุทธพงษ์ ศรีมงคล 3. นายประชากร พันบาตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสมบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	1. นางสุกัญญา พัฒนนิติศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 065 864 0111 2. นางสาวพรนิภา สุกุณา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 098 257 3977	
หน่วยงาน	1. โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์	
โทรศัพท์	0 3749 9777 (โรงพยาบาลวังสมบูรณ์)	
สำนักงาน	0 3749 9771 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์)	
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	6 เดือน และ 12 เดือน	

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ 2567

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือน)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 12 เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 15

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดสระแก้ว ปี 2567

หมวด	การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
ยุทธศาสตร์	การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ
โครงการ	โครงการพัฒนาสถานบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
ลักษณะ	-
ระดับการแสดงผล	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p><b>1. ความสำเร็จการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสาร ที่แสดงผลการตรวจ เสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการ รักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมี ลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p><b>3. กลุ่มเป้าหมาย</b></p>



	<p><b>3.1. การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>3.2. การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</b> คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566–30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
86	87	88	88

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 66 - ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <b>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</b>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์หรือ ระบบรายงานผู้ป่วย ที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
<b>1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p><b>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 66 - ธันวาคม 2566) คำนวณจาก</b></p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 66 - ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2567</p>

	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม66 – ธันวาคม 2566)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม2566 – ธันวาคม2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2567
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม2566 – ธันวาคม 2566)
2.สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2567 ( 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4</li> <li>▪ ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2567</li> <li>▪ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>
เงื่อนไขการคำนวณ	<p>1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (ตั้งแต่ตุลาคม2566-ธันวาคม 2566)</li> <li>▪ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ(Relapse)ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (ตั้งแต่ตุลาคม 2566-ธันวาคม 2566)</li> </ul> <p>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug</p>

resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

**เกณฑ์การประเมิน :**

ปี 2564 – 2567

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 88

**หมายเหตุ :**

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2567 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2567

**วิธีการประเมินผล**

**ระดับอำเภอ**

ประเมินจากอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการ ภายในจังหวัด

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤84	85	86	87	≥88

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline date	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
อัตราความสำเร็จ การรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	81.25	88.00	88.88

**หมายเหตุ \*\*** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาส ที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	1.นายแพทย์สุกฤษฎี เลิศสกุลธรรม ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสูง 2.นายธนาทร คำดำ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอโคกสูง
หน่วยงาน	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นางนุติ เพ็ชรนอก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโทร 097 279 0361 2.น.สพนิดา ยอดผล นักวิชาการสาธารณสุข 086-3937525
โทรศัพท์สำนักงาน	037441113/03744 1259
ความถี่ในการจัดเก็บ ข้อมูล	6 เดือน และ 12 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนนความสำเร็จ: แบบ Milestones + Output + Outcome	
ระดับที่	เกณฑ์การให้คะแนน
1	1.1 จัดทำแผน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (0.5 คะแนน) 1.2 ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ตามห้วงเวลา (0.25 คะแนน) 1.3 วิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอผลการดำเนินงาน (0.25 คะแนน)

2	2.1 การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้เข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุม ทุกราย อย่างน้อยร้อยละ 60 (0.5 คะแนน)										
	<table border="1"> <tr> <th>0.1</th> <th>0.2</th> <th>0.3</th> <th>0.4</th> <th>0.5</th> </tr> <tr> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 60.00</td> <td>ร้อยละ 60.00-64.99</td> <td>ร้อยละ 65.00-69.99</td> <td>ร้อยละ 70.00-74.99</td> <td>ร้อยละ 85 ขึ้นไป</td> </tr> </table>	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ต่ำกว่าร้อยละ 60.00	ร้อยละ 60.00-64.99	ร้อยละ 65.00-69.99	ร้อยละ 70.00-74.99	ร้อยละ 85 ขึ้นไป
	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5						
ต่ำกว่าร้อยละ 60.00	ร้อยละ 60.00-64.99	ร้อยละ 65.00-69.99	ร้อยละ 70.00-74.99	ร้อยละ 85 ขึ้นไป							
**ข้อมูล Baseline ปี 64 (รอบ 6 เดือน) คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ร้อยละ 85.72											
3	2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบทุกรายได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ร้อยละ 100 (0.5 คะแนน)										
	<table border="1"> <tr> <th>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา</th> <th>ต่ำกว่าร้อยละ 100</th> <th>ร้อยละ 100</th> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0.5</td> </tr> </table>	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา	ต่ำกว่าร้อยละ 100	ร้อยละ 100		0	0.5				
	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา	ต่ำกว่าร้อยละ 100	ร้อยละ 100								
	0	0.5									
**ข้อมูล Baseline ปี 64 (รอบ 6 เดือน) ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ร้อยละ 0											
3	3.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขาดยาในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก (1 คะแนน)										
	<table border="1"> <tr> <th>0.2</th> <th>0.4</th> <th>0.6</th> <th>0.8</th> <th>1.0</th> </tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 3.00</td> <td>ร้อยละ 2.00-2.99</td> <td>ร้อยละ 1.00-1.99</td> <td>ร้อยละ 0.01-0.99</td> <td>≤ ร้อยละ 0</td> </tr> </table>	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0	≥ ร้อยละ 3.00	ร้อยละ 2.00-2.99	ร้อยละ 1.00-1.99	ร้อยละ 0.01-0.99	≤ ร้อยละ 0
	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0						
≥ ร้อยละ 3.00	ร้อยละ 2.00-2.99	ร้อยละ 1.00-1.99	ร้อยละ 0.01-0.99	≤ ร้อยละ 0							
**ข้อมูล Baseline ปี 64 (รอบ 6 เดือน) ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ร้อยละ 0											
4	4.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 87 ( 0.5 คะแนน)										
	<table border="1"> <tr> <th>0.1</th> <th>0.2</th> <th>0.3</th> <th>0.4</th> <th>0.5</th> </tr> <tr> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 83.00</td> <td>ร้อยละ 83.01-84.99</td> <td>ร้อยละ 85.00-85.99</td> <td>ร้อยละ 86.00-87.99</td> <td>ร้อยละ 88 ขึ้นไป</td> </tr> </table>	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ต่ำกว่าร้อยละ 83.00	ร้อยละ 83.01-84.99	ร้อยละ 85.00-85.99	ร้อยละ 86.00-87.99	ร้อยละ 88 ขึ้นไป
	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5						
	ต่ำกว่าร้อยละ 83.00	ร้อยละ 83.01-84.99	ร้อยละ 85.00-85.99	ร้อยละ 86.00-87.99	ร้อยละ 88 ขึ้นไป						
4.2 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5 (0.5 คะแนน)											
<table border="1"> <tr> <th>0.1</th> <th>0.2</th> <th>0.3</th> <th>0.4</th> <th>0.5</th> </tr> <tr> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 81.00</td> <td>ร้อยละ 81.1-81.59</td> <td>ร้อยละ 81.6-82.00</td> <td>ร้อยละ 82.01-82.49</td> <td>ร้อยละ 82.50 ขึ้นไป</td> </tr> </table>	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ต่ำกว่าร้อยละ 81.00	ร้อยละ 81.1-81.59	ร้อยละ 81.6-82.00	ร้อยละ 82.01-82.49	ร้อยละ 82.50 ขึ้นไป	
0.1	0.2	0.3	0.4	0.5							
ต่ำกว่าร้อยละ 81.00	ร้อยละ 81.1-81.59	ร้อยละ 81.6-82.00	ร้อยละ 82.01-82.49	ร้อยละ 82.50 ขึ้นไป							
5	5.1 สรุปรประเมินผล (0.5 คะแนน)										
	5.2 ถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน (0.5 คะแนน)										

**หมายเหตุ** ในการประเมินรอบที่ 1 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับที่ 1 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 2 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 3 ให้ 1 คะแนน (ในรอบ 6 เดือน ถ้าทำครบ 3 ระดับ ให้ 5 คะแนน)

ในการประเมินรอบที่ 2 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับที่ 1 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 2 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 3 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 4 ให้ 1 คะแนน ระดับที่ 5 ให้ 1 คะแนน (รอบ 12 เดือน)



ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ 2567

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือนแรก)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 6 เดือนหลัง)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 10

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน D-RTI

ประเภท ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)(Milestone+เชิงปริมาณ)
คำนิยาม	การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ โดยเกิดจากร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาของอำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหา เพื่อไปสู่มาตรการป้องกัน พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผล เน้นหนักการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับตำบล โดยพัฒนาศักยภาพการทำงานของตำบล
เกณฑ์ เป้าหมาย	<p>ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน D-RTI จากจำนวน ๑๓ ตำบล เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินการเพื่อให้ได้ผลเชิงคุณภาพ และมีการกำหนดเป้าหมาย ดังนี้</p> <p>๑.) ร้อยละ ๒๕ ของตำบลที่มีการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน(D-RTI) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p> <p>๒.) ร้อยละ ๔๐ ของตำบลที่มีการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน(D-RTI) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม</p> <p>๓.) ตำบลในพื้นที่อำเภออรัญประเทศมีการดำเนินโครงการตำบลขับขี่ปลอดภัย (RTI team) อย่างน้อย ๘ ตำบล (ใน ๑๓ ตำบล)</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.) เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ให้เกิดกลไกขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระดับตำบล</p> <p>๒.) เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมจักรยานยนต์ปลอดภัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง “ ๑ ตำบล ๑ กิจกรรม ”</p> <p>๓.) เพื่อนำนโยบายตำบลขับขี่ปลอดภัยมาแก้ไขอำเภอเสี่ยงด้วยการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ</p>
กลุ่มเป้าหมาย	๑๓ ตำบลในอำเภออรัญประเทศ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<p>แบบ ๑ รายงานผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ที่ดำเนินการ D-RTI จากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด</p> <p>แบบ ๒ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ ๖ และ ๑๒ เดือน ดังนี้</p> <p>๑. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯ ของหน่วยงานรอบ ๖ เดือน (ภายในวันที่ ๒๕ ก.พ.๖๗) พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน</p> <p>๒. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report : SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ ๑๒ เดือน (ภายในวันที่ ๒๕ ส.ค. ๖๗) พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน</p>

แหล่งข้อมูล	1. เอกสารรายงานผลการดำเนินงาน 2. ภาพถ่าย/เอกสารหลักฐานการดำเนินงาน																																																																																																																																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน																																																																																																																																										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทุกตำบลของอำเภอรัฐประเทศ																																																																																																																																										
สูตรการ คำนวณ	$(A/B)*100$																																																																																																																																										
ระยะเวลาการ ประเมินผล	รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือนแรก) รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 6 เดือนหลัง)																																																																																																																																										
เกณฑ์การ ประเมินผล	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">รอบ 6 เดือน</th> <th>คะแนน</th> <th colspan="5">รอบ 12 เดือน</th> <th>คะแนน</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>5</td> <td colspan="5"></td> <td>5</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">1. มีจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ)</td> <td>2</td> <td colspan="5">1. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของตำบลอย่างน้อย ๑ ประเด็น</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ไม่มี</td> <td>ประชุม</td> <td>ประชุม</td> <td>ประชุม</td> <td></td> <td>&lt;59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>80-99</td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>การ</td> <td>1 ครั้ง</td> <td>ครั้งที่ 2</td> <td>ครั้งที่ 3</td> <td></td> <td>0.1</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>1.5</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ประชุม</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 6 เดือน				คะแนน	รอบ 12 เดือน					คะแนน					5						5	1. มีจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ)				2	1. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของตำบลอย่างน้อย ๑ ประเด็น					2	ไม่มี	ประชุม	ประชุม	ประชุม		<59	60-69	70-79	80-99	100		การ	1 ครั้ง	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3		0.1	0.5	1	1.5	2		ประชุม												0	0.5	1	2							<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">รอบ 6 เดือน</th> <th>คะแนน</th> <th colspan="5">รอบ 12 เดือน</th> <th>คะแนน</th> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>5</td> <td colspan="5"></td> <td>5</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">2. บุคลากรในศปถ.อปท.ทุกแห่งผ่านการอบรมสอบสวนอุบัติเหตุ</td> <td>2</td> <td colspan="5">2. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสียหาย (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>&lt;59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>80-99</td> <td>100</td> <td></td> <td>&lt;59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>80-99</td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0.25</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>1.5</td> <td>2</td> <td></td> <td>0.25</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>1.5</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 6 เดือน					คะแนน	รอบ 12 เดือน					คะแนน						5						5	2. บุคลากรในศปถ.อปท.ทุกแห่งผ่านการอบรมสอบสวนอุบัติเหตุ					2	2. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสียหาย (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)					2	<59	60-69	70-79	80-99	100		<59	60-69	70-79	80-99	100		0.25	0.5	1	1.5	2		0.25	0.5	1	1.5	2	
รอบ 6 เดือน				คะแนน	รอบ 12 เดือน					คะแนน																																																																																																																																	
				5						5																																																																																																																																	
1. มีจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ)				2	1. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของตำบลอย่างน้อย ๑ ประเด็น					2																																																																																																																																	
ไม่มี	ประชุม	ประชุม	ประชุม		<59	60-69	70-79	80-99	100																																																																																																																																		
การ	1 ครั้ง	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3		0.1	0.5	1	1.5	2																																																																																																																																		
ประชุม																																																																																																																																											
	0	0.5	1	2																																																																																																																																							
รอบ 6 เดือน					คะแนน	รอบ 12 เดือน					คะแนน																																																																																																																																
					5						5																																																																																																																																
2. บุคลากรในศปถ.อปท.ทุกแห่งผ่านการอบรมสอบสวนอุบัติเหตุ					2	2. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสียหาย (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)					2																																																																																																																																
<59	60-69	70-79	80-99	100		<59	60-69	70-79	80-99	100																																																																																																																																	
0.25	0.5	1	1.5	2		0.25	0.5	1	1.5	2																																																																																																																																	
3. ) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล				1	3. การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ และประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการที่คาดว่าจะได้ผลสำเร็จ					1																																																																																																																																	



วิธีการ ประเมินผล	ประเมินจาก 1. ตรวจสอบจากแผนงาน/โครงการ 2. ตรวจสอบเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน ภาพถ่าย 3. ตรวจสอบหลักฐานการเข้าร่วมนำเสนอผลการดำเนินงาน 4. สอบถาม/ดูหลักฐานเชิงประจักษ์	
เอกสาร สนับสนุน :	รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรม ภาพถ่าย /ภาพประกอบกิจกรรมการดำเนินงาน	
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง
	นางดารารัตน์ โห้วงค์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
	นายแพทย์ราเชษฎ์ เขิงพนม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
	นายอุทัย เพ็ชรนอก	สาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ
ผู้จัดเก็บ ข้อมูล	นางสาวดวงสมร ดวงใจ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน	
หน่วยงาน	1.โรงพยาบาลอรัญประเทศ 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภออรัญประเทศ	
โทรศัพท์ สำนักงาน	0 37231- 926	
ความถี่ในการ จัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน	

KPI Template ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ประจำปี งบประมาณ 2567

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือน)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 12 เดือน)

น้ำหนักตัวชี้วัด ร้อยละ 15

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)
คำนิยาม	<p>การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน หมายถึง การเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จาก โรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ให้เกิดการดำเนินงานสำคัญ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่</p> <p><b>ผู้สัมผัสโรค</b> หมายถึง ผู้ที่ถูกกัด ข่วน เลีย ข้ำแหละ หรือรับประทานอาหารที่ปรุงจากสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หรือคนที่ตรวจพบว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p><b>ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวทางเวชปฏิบัติ</b> หมายถึง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและอิมมูโนโกลบูลิน ตามระดับความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สัมผัสครั้งแรก : IM ครบ 5 เข็ม หรือ ID 4 เข็ม</li> <li>- สัมผัสซ้ำ : ภายใน 6 เดือน ฉีด 1 เข็ม หรือเกิน 6 เดือน ฉีด 2 เข็ม</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการดำเนินการตามแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตามมาตรการเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> <li>2. ผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้า ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวทางเวชปฏิบัติ 100%</li> <li>3. ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า</li> </ol>
วัตถุประสงค์	เพื่อกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากพื้นที่
กลุ่มเป้าหมาย	5 ตำบล 68 หมู่บ้าน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานผู้ป่วย/ ผู้เสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า</li> <li>2. รายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในกลุ่มเสี่ยง</li> <li>3. เก็บข้อมูลการการลงนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	เครือข่ายสุขภาพ (CUP) อำเภอตาพระยา

**เกณฑ์ที่ 1 : ระดับความสำเร็จของการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในคน**

สูตรการคำนวณผลงาน : คิดตามขั้นตอนการดำเนินงานที่กำหนด เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ พิจารณา จากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

		ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)
--	--	---------------------------------------

ชื่อเกณฑ์	ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
ระดับความสำเร็จของการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในคน	1	/			
	1		/		
	1			/	
	1				/

โดยที่ :

ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานการประเมิน
1	ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ให้กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- โครงการประชุมถ่ายทอด “โครงการ สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรค พิษสุนัขบ้า” - สรุปผลการประชุมฯ
2	จัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตามมาตรการเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตามมาตรการเชิงรุก
3	สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ ประชาชน / จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โลก เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์ / สนับสนุนสื่อความรู้	- หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรม รณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า - สื่อความรู้ - ผลการประเมินความรู้ประชาชน เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า
4	ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการสัตว์ ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	สรุปรายงานการติดตามประเมินผล ความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ พร้อมปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

เป้าหมาย :

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 31 มี.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือน) ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ 2

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ก.ย. 2567 ; รอบ 12 เดือน) ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ 4

**เกณฑ์ที่ 2 :** ร้อยละของผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

สูตรการคำนวณผลงาน :

$$\text{ร้อยละของผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้อง} = \frac{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคที่ได้รับวัคซีนครบชุด}}{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมด}} \times 100$$

**เกณฑ์ที่ 3 :** ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

การคิดผลงาน : เป็นผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนป่วยจากการสัมผัสโรคในพื้นที่

## ผลการประเมิน

เกณฑ์ที่	รายละเอียดเกณฑ์	ร้อยละค่าน้ำหนัก	หมายเหตุ
1	ระดับความสำเร็จของการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในคน	50	
2	ร้อยละของผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตามแนวทางเวชปฏิบัติ	40	
3	ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	10	
รวม		100	

KPI Template ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
 อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

- รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน)  
 รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๐

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid) (Milestone + เชิงปริมาณ)
<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการ บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับ บริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” อ้างอิงจาก เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของ แพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วย ติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง ๑๐-๑๕ จากระหัส ICD-๑๐ กลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. โรงพยาบาล/รพ.สต. เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้อง ดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ</li> <li>๒. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ อื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่</li> <li>๒.๒ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ใน ปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพ ดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์ โรงพยาบาล แนบท้าย)</li> <li>๒.๓ มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth</li> <li>๒.๔ มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน</li> <li>๒.๕ มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ใน ระบบบริการ</li> </ol> </li> <li>๓. โรงพยาบาลมีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่าง ๆ</li> </ol> <p><b>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตาม มาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</li> <li>๓. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือ ตามบริบทของ พื้นที่</li> <li>๔. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก ๓ หมอ</li> </ol>

	<p>๕. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้</p> <p>๖. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้</p> <p>๗. รพ.จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล</p> <p>๘. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับโรงพยาบาล ติดตาม และกำกับดูแล รพ.สต. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยา ที่บ้านได้</p> <p><b>แนวทางการตรวจ ติดตาม</b></p> <p>๑. ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online (Webex Meeting , Line Official, Zoom Meeting)</p> <p>๒. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานใน เว็บไซต์ HDCService</p> <p>๓. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับอำเภอ รวบรวม ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น</p>
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ที่บันทึกลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth/Telemedicine)” ปีงบประมาณ ๖๗ คำนวณร้อยละจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด ต่อจังหวัด อำเภอ</li> <li>• รพ. หมายถึง โรงพยาบาล/ชุมชน/รพ.สต.</li> </ul>
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>๑. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น</p>
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาล ๑ แห่ง/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๑ แห่ง
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>๒. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี ๒๕๖๗</li> </ol>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>๑. Health Data Center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a></p> <p>๒. แบบสอบถามตอบกลับจากหน่วยงาน</p>
<b>ข้อมูล</b>	<p>A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth/Telemedicine)”)</p> <p>B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท</p> $\frac{A}{B} * 100$
<b>ระยะเวลาการประเมินผล</b>	<p>รอบ ๑ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ - ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ; รอบ ๖ เดือน)</p> <p>รอบ ๒ (๑ เม.ย. ๒๕๖๗ - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๗ ; รอบ ๑๒ เดือน)</p>

เกณฑ์การประเมินผล	รอบ ๖ เดือน	คะแนน ๕	รอบ ๑๒ เดือน	คะแนน ๕
	<p>๑. รพ.มีรายชื่อ รพ.สต.ที่มีการให้บริการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกลใน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของ จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด ในอำเภอ</p> <p>๒ รพ. ตอบแบบสอบถามรูปแบบการ ให้บริการ การแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือ มีแผนจะใช้</p>		<p>๑. รพ.มีจำนวน รพ.สต.ที่มีการ ให้บริการ การแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕ ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ</p> <p>๒. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ ครั้งต่อ อำเภอ จาก รพ.และ รพ.สต. จำนวน ๒๑ แห่ง</p>	
ประเมินผล	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและ เทคโนโลยี สุขภาพระดับจังหวัด</p> <p>๒. โดยที่मितเทศของ รพ.วัฒนานคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร และเครือข่ายไอที ผ่านระบบประชุมทางไกล หรือลงนิเทศติดตามในพื้นที่</p>			
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง		
	<p>๑. นางดารารัตน์ ไห้วงค์</p> <p>๒. นายสุขุม พิริยะพรพิพัฒน์</p> <p>๓. นายบุญยืน ทิศพรหม</p>	<p>รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒนานคร</p> <p>สาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร</p>		

ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>๑. นางสาวนุชจรี อุทจิตร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร ๐๖๑ ๔๙๒ ๒๘๙๗</p> <p>๒. นายสมพงษ์ บุญณะอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๑ ๗๘๒ ๕๖๑๓</p>
หน่วยงาน	<p>๑. โรงพยาบาลวัฒนานคร</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร</p>
โทรศัพท์สำนักงาน	<p>๐ ๓๗๒๖ ๑๗๗๒-๔ (โรงพยาบาลวัฒนานคร)</p> <p>๐ ๓๗๒๖ ๒๒๒๔ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร)</p>
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2567

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 20 ก.พ. 2567 ; รอบ 6 เดือนแรก)

รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 30 ส.ค. 2567 ; รอบ 6 เดือนหลัง)

น้ำหนักคะแนน ร้อยละ 10

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแบบผสม (Hybrid)(Milestone+เชิงปริมาณ)
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีการส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานมีกระบวนการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้น เทคโนโลยีที่เหมาะสมและหรือมีระเบียบวิธีวิจัยรองรับ ตลอดจนมีการเผยแพร่ (ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่าง ๆ ในระดับจังหวัดขึ้นไป) เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์</p> <p>ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานทางวิชาการประเภท นวัตกรรม, วิจัย, R2R, Best Practice, COI การพัฒนากระบวนการ สิ่งประดิษฐ์ ทางกายภาพ/การแพทย์/การสาธารณสุข ที่ผ่านการปรับปรุง พัฒนา สร้างขึ้นมาใหม่ มีสถิติ ข้อมูลทางวิชาการ หรือกระบวนการทางวิจัยรองรับ โดยมีการสื่อสาร ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) รายงานนวัตกรรม (innovation report) และรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา (epidemiologic investigation report)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผลงานวิชาการที่ได้เผยแพร่ ระดับจังหวัดขึ้นไป
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาผลงานวิชาการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล</li> <li>2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการระหว่างหน่วยงาน และนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานผลงานวิชาการพร้อมไฟล์เอกสารผลงานวิชาการ ทุก 6 เดือน รอบ 6 เดือนแรก ส่งภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 รอบ 6 เดือนหลัง ส่งภายในวันที่ 20 สิงหาคม 2567
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เอกสารรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>2. เล่มเอกสารผลงานวิชาการ/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์</li> <li>3. บทคัดย่อ/บทความ/รายงาน ในรูปแบบเอกสารหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์</li> <li>4. วารสารวิชาการต่างๆที่ลงเผยแพร่ผลงานวิชาการ</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิชาการ
สูตรการคำนวณ	ผลรวมของคะแนนการดำเนินการในแต่ละรอบการประเมิน
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบ 1 (1 ต.ค. 2566 – 20 ก.พ. 2567) รอบ 2 (1 เม.ย. 2567 – 20 ส.ค. 2567)



เกณฑ์การ ประเมินผล	ผอ.รพ., สสอ.														
	รอบ 6 เดือนแรก	คะแนน 5	รอบ 12 เดือนหลัง				คะแนน 5								
	1. หน่วยงานมีการสนับสนุนบุคลากร ให้วิเคราะห์ข้อมูล ศักยภาพปัญหา หรือโอกาสพัฒนางานสาธารณสุข ร่วมกันในหน่วยงาน	1	4. หน่วยงานระดับอำเภอมีผลงาน วิชาการ - รพ. จำนวน 1 เรื่อง - สสอ. จำนวน 1 เรื่อง				1								
	2. หน่วยงานมีแผนพัฒนาผลงาน วิชาการของหน่วยงาน	2	5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด รพ. (กลุ่มงาน/งาน), สสอ.(รพ.สต.) มี ผลงานวิชาการ				2								
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 -59</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>60 - 69</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>70 - 79</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>80 - 89</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		ร้อยละ	คะแนน	50 -59	0.5	60 - 69	1	70 - 79	1.5	80 - 89	2	
ร้อยละ	คะแนน														
50 -59	0.5														
60 - 69	1														
70 - 79	1.5														
80 - 89	2														
3. หน่วยงานมีการส่งเสริมและสนับสนุน บุคลากร เพื่อพัฒนาผลงานวิชาการ ตามแผน	2	6. มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการระดับ อำเภอ				1									
		7. มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการระดับ จังหวัด				1									
หมายเหตุ เป็นผลงานวิชาการที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานปี 2566 และ 2567															
วิธีการ ประเมินผล	ประเมินจาก 1. ตรวจสอบเอกสารแผนงาน โครงการ และรายงานผลการดำเนินงาน 2. แจงนับจำนวนเล่มหรือเอกสารผลงานวิชาการ 3. ตรวจสอบหลักฐานการเผยแพร่ผลงานวิชาการ 4. ตรวจสอบภาพถ่าย/หลักฐานการดำเนินงานจากการนิเทศงาน														
เอกสารสนับสนุน :	-														
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลงานย้อนหลังภาพรวมจังหวัด														
	ผลงาน	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66								
	จำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับการ เผยแพร่ระดับจังหวัดขึ้นไป	40	45	53	15	50	89								
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	1. นายไพรัชต์วีริต วิริยะภักพงศ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2. นายจาตุรงค์ จันทร์เรือง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล														
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นางสาวกฤษณี ประยงค์เพชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร 0955503163														
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทรศัพท์ 0 3742 5142 – 4 ต่อ 306, 307														

