



# รายละเอียด ตัวชี้วัด

ตามคำรับรองปฏิบัติราชการ  
ประจำปีงบประมาณ

➔ 2569



กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

## คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2569 จัดทำขึ้นโดยผ่านกระบวนการศึกษาทบทวนแบบมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์แนวโน้มปัญหาในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและโอกาสในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหในพื้นที่และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ 2569 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ภายใต้วิสัยทัศน์ "2579 ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่มีเมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน" ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 6 กลยุทธ์ 12 เป้าประสงค์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล 4 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาสำคัญ 18 ตัวชี้วัด และได้จัดทำเป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อถ่ายทอดนโยบายสำคัญและเน้นหนักสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

ขอขอบคุณ หน่วยงานภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ และจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นคู่มือและแนวทางกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
มกราคม 2569

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	1
ข้อมูลทั่วไปจังหวัดชลบุรี	
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560-2579)	20
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2566-2570	21
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2569	22
ส่วนที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2569	
ตัวชี้วัดประกอบคำรับรองการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล (PA)	
ตัวชี้วัดที่ 1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)	26
1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	26
1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	26
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	33
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละ 25 ของการจองคิวนัดหมายออนไลน์ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป	36
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละ 25 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป	39
ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาสำคัญ (ติดตาม)	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิต ทุกกลุ่มวัย	
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	41
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ	
2.1 ร้อยละ เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	47
2.2 ร้อยละ เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ	64
ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	71
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	77
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการโรคและภัยสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	80
ตัวชี้วัดที่ 6 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง1-18 ปี) และการจัดอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)	90
ตัวชี้วัดที่ 7 ครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP)	92

## สารบัญ

	หน้า
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่า ทางเศรษฐกิจ</b>	
ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	99
ตัวชี้วัดที่ 9 ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	103
ตัวชี้วัดที่ 10 ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	116
ตัวชี้วัดที่ 11 ระดับความสำเร็จของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	130
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (NCD2)	137
ตัวชี้วัดที่ 13 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC	141
ตัวชี้วัดที่ 14 ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	145
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ</b>	
ตัวชี้วัดที่ 15 ระดับความสำเร็จหน่วยบริการที่ผ่านมาตรฐานมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	153
ตัวชี้วัดที่ 16 หน่วยงานในสังกัด สสจ.ชลบุรี ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	156
ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)	159
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-4T และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</b>	
ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	162
<b>ภาคผนวก</b>	

# ส่วนที่ 1

## ข้อมูลทั่วไป

## 1. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรี เป็นดินแดนที่ปรากฏขึ้นมาในหน้าประวัติศาสตร์ตั้งแต่สมัยทวารวดี ขอม และสุโขทัย แต่เดิมเป็นเพียงเมืองเกษตรกรรม และชุมชนประมงเล็กๆ หลายเมือง กระจัดกระจายกันอยู่ห่างๆ โดยในทำเนียบศักดินาหัวเมืองสมัยอยุธยากำหนดให้ชลบุรีเป็นเมืองชั้นจัตวา ส่วนแผนที่ไตรภูมิก็มีชื่อตำบลสำคัญของชลบุรีปรากฏอยู่ เรียงจากเหนือลงใต้ คือ เมืองบางทราย เมืองบางปลาสร้อย เมืองบางพระเรือ (ปัจจุบันคือบางพระ) และเมืองบางละมุง แม้ว่าจะเป็นเพียงเมืองเล็กๆ แต่ก็อุดมไปด้วยทรัพยากรทั้งบนบก และในทะเล มีการทำไร่ ทำนา ทำสวน และออกทะเลมาแต่เดิม นอกจากนี้ยังมีการติดต่อกับชาวจีนที่ล่องเรือสำเภาเข้ามาค้าขายกับกรุงสยามด้วย

### ตราประจำจังหวัดชลบุรี



ตราประจำจังหวัดชลบุรี เป็นรูปภูเขาอยู่ริมทะเล แสดงถึงสัญลักษณ์สำคัญ 2 ประการ ของจังหวัดคือ “ทะเล” หมายถึง ความเป็นเมืองชายทะเลที่อุดมสมบูรณ์ “ภูเขาอยู่ริมทะเล” หมายถึง เขาสามมุก อันเป็นที่ตั้งของศาลเจ้าแม่สามมุกอันศักดิ์สิทธิ์ เป็นที่เคารพของชาวชลบุรี ตลอดจนประชาชนทั่วไป ซึ่งต่างมีความเชื่อตรงกันว่า ศาลเจ้าแม่สามมุกสามารถลดบันดาลให้ความคุ้มครองผู้ที่มาเคารพกราบไหว้ให้พ้นจากภยันตรายต่างๆได้ โดยเฉพาะการออกไปประกอบอาชีพจับปลาในท้องทะเล เขาสามมุกจึงกลายเป็นปูชนียสถานและสัญลักษณ์สำคัญยิ่งแห่งหนึ่งของชาวชลบุรีมาโดยตลอด

### ประวัติความเป็นมาของจังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรี คนทั่วไปเรียกสั้นๆว่า “เมืองชล” เป็นจังหวัดท่องเที่ยวชายทะเลภาคตะวันออกที่มีชื่อเสียง มีชายฝั่งทอดยาวถึง 160 กิโลเมตร อากาศเย็นสบายตลอดปี พื้นที่ตอนในมีลักษณะเป็นภูเขาและที่ราบสลับกัน มีฝนตกชุกมากกว่าชายฝั่งทะเล ในอดีตชายทะเลเมืองชลบุรีได้รับการยอมรับว่าอากาศดีมาก สามารถเป็นสถานพักผ่อนและตากอากาศของพระมหากษัตริย์และเชื้อพระวงศ์ในราชวงศ์จักรีหลายพระองค์ ดังปรากฏหมู่พระราชฐานอันงดงามของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 อยู่บน เกาะสีชัง และกลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวยอดนิยมจนถึงปัจจุบัน



ภาพจังหวัดชลบุรีในอดีต

จังหวัดชลบุรีเป็นย่านชุมชนจีนที่ใหญ่ที่สุดในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่เชื้อสายแต้จิ๋ว ซึ่งเชี่ยวชาญการค้าและมีบทบาทสำคัญในเรื่องเศรษฐกิจ ประมง อุตสาหกรรม เกษตรกรรม เข้ามาตั้งถิ่นฐานในช่วงต้นรัตนโกสินทร์(รัชกาลที่ 2-3) อยู่แถบชายทะเลเมืองบางปลาสร้อย ทำการค้าและประมงได้นำอ้อยเข้ามาปลูกและริเริ่มอุตสาหกรรมน้ำตาลทรายแถบอำเภอบ้านบึง อำเภอพานทอง และอำเภอนันทนิคม ส่วนคนจีนที่อพยพเข้ามาในสมัยรัชกาลที่ 5 ทำอาชีพปลูกผักและเลี้ยงเป็ด สำหรับชาวลาวอพยพเข้ามาช่วงรัชกาลที่ 3 มีอาชีพทำไร่ ทำนา และทำหัตถกรรมจักสาน ส่วนชาวมุสลิมอพยพเข้ามาตั้งแต่สมัยอยุธยา ปัจจุบันมีอาชีพทำสวนผลไม้ ไร่มันสำปะหลัง และค้าขายในตลาด เป็นกลุ่มที่เคร่งครัดในประเพณีและศาสนา

ด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว จังหวัดชลบุรีมีแหล่งท่องเที่ยวและกิจกรรมหลากหลายทั้งด้านธรรมชาติและวัฒนธรรมเก่าแก่ วิถีชีวิตชุมชน งานศิลปะ หัตถกรรมอันประณีต รวมถึง สถาบันเทวัญพันสมัย ควบคู่ไปกับกิจกรรมผจญภัยหลายรูปแบบ เช่นเป็นการขี่ม้า ดำน้ำ เล่นเรือใบ ขึ้นเครื่องร่อน ฯลฯ ศักยภาพและความโดดเด่นหลายด้าน จังหวัดชลบุรีจึงเป็น “เพชรน้ำเอกแห่งบูรพาทิศ” ที่พร้อมเปิดประตูสู่สังคมโลกได้อย่างภาคภูมิใจ ได้รับการวางแผนให้เป็น “เมืองหลักทางด้านอุตสาหกรรม และการค้าขายในภาคตะวันออก” มีท่าเรือแหลมฉบัง เป็นท่าเรือพาณิชย์สำคัญของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีโรงงานอุตสาหกรรมมากมาย

**จังหวัดชลบุรีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor : EEC)** เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559 คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบหลักการโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) เพื่อยกระดับให้เป็นพื้นที่เศรษฐกิจชั้นนำของเอเชีย มุ่งเน้นพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา คาดว่า EEC จะช่วยดึงดูดการลงทุนจากต่างชาติกว่า 1.5 ล้านล้านบาท ทำให้ GDP ขยายตัวอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี เกิดการจ้างงานใหม่ ไม่น้อยกว่า 100,000 อัตราต่อปี นักท่องเที่ยวในพื้นที่เพิ่มขึ้น 10 ล้านคนต่อปี ปัจจุบันในพื้นที่ 3 จังหวัด EEC มีประชากรประมาณ 2.8 ล้านคน คาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีประชากรสูงถึง 13 ล้านคน จากการย้ายถิ่นโดยเฉพาะวัยแรงงาน ครอบครัวและนักท่องเที่ยว ทำให้มีความต้องการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และอาจมีภัยคุกคามต่อสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ เช่น สารเคมีจากโรงงานอุตสาหกรรมรั่ว/ระเบิด เป็นต้น การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor) หรืออีอีซีในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคตะวันออกได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง จังหวัดชลบุรียังเป็นเขตส่งเสริมเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เมืองการบินภาคตะวันออก (Special EEC Zone : Eastern Airport City บริเวณสนามบินนานาชาติอู่ตะเภา เป็นศูนย์กลางการบิน และเขตส่งเสริมอุตสาหกรรมและนวัตกรรมดิจิทัล (Digital Park Thailand : EECd) ตั้งอยู่ที่ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

## วิสัยทัศน์จังหวัดชลบุรี

“เมืองนวัตกรรมชั้นนำ สร้างสรรค์เศรษฐกิจใหม่ สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างสมดุลและยั่งยืน”

## คำขวัญประจำจังหวัดชลบุรี

“ทะเลงาม ข้าวหลามอร่อย อ้อยหวาน จักสานดี ประเพณีวิ่งควาย”

## ดอกไม้และต้นไม้ประจำจังหวัดชลบุรี



“**ประดู่ป่า**” ชื่อวิทยาศาสตร์ Pterocarpus macrocarpus Kurz จัดอยู่ในวงศ์ถั่ว (Papilionoideae) เป็นไม้ยืนต้นขนาดใหญ่ สูง 15 - 25 เมตร เปลือกต้นสีน้ำตาลดำแตกเป็นสะเก็ด แผ่นใบประกอบแบบขนนกเรียงสลับมีดอกระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน ลักษณะดอกเป็นช่อที่ชอกใบกลีบดอกสีเหลืองอ่อนและมีกลิ่นหอมอ่อนๆ การนำไปใช้ประโยชน์ เช่น เนื้อไม้ใช้ปลูกสร้างอาคาร บ้านเรือน แก่นให้สีแดงคล้ำ ใช้ย้อมผ้า เปลือกให้น้ำฝาดชนิดหนึ่งใช้ย้อมผ้าได้ดี ใบผสมกับน้ำใช้สระผม ประโยชน์ทางสมุนไพร คือ แก่นมีรสขมฝาดร้อน ใช้บำรุงโลหิต แก้กระษัย แก้คุดทะราด แก้ผื่นคันและขับปัสสาวะ

## ศาสนาภายในจังหวัดชลบุรี



จังหวัดชลบุรี มีวัด จำนวน 406 แห่ง (มหานิกาย 380 วัด / ธรรมยุต 24 วัด / จีน 2 วัด) สำนักสงฆ์ 60 แห่ง โบสถ์คริสต์ 15 แห่ง มัสยิด 30 แห่ง อื่นๆ (ซิกข์ 1 แห่ง) พระภิกษุ 3,710 รูป สามเณร 133 รูป มีผู้นับถือศาสนา ดังนี้

ศาสนาพุทธ	จำนวน 1.5	แสนคน คิดเป็นร้อยละ 97.87
ศาสนาคริสต์	จำนวน 9,401 คน	คิดเป็นร้อยละ 0.60
ศาสนาอิสลาม	จำนวน 24,443 คน	คิดเป็นร้อยละ 1.56
ศาสนาอื่นๆ	จำนวน 941 คน	คิดเป็นร้อยละ 0.06

## ธงประจำจังหวัดชลบุรี

ธงประจำจังหวัดชลบุรี เป็นธงรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าพื้นสีแดงเข้ม - เหลือง - แดงเข้ม แบ่งตามแนวนอน ตรงกลางเป็นรูปเขาสามมุขและทะเลวิถีชีวิตและเศรษฐกิจ



จังหวัดชลบุรี เมืองชายทะเลที่ได้รับการกล่าวขานมากที่สุดแห่งบูรพาทิศ ดินแดนชายทะเลอันมั่งคั่งแห่งนี้ ได้ผันผ่านกาลเวลามาเนิ่นนาน จากการเป็นเมืองท่าค้าขายคึกคักในอดีต พัฒนามาสู่เมืองเกษตรอุตสาหกรรม และท่องเที่ยว สิ่งนี้อาจสะท้อนคุณลักษณะสำคัญของคนเมืองชล ซึ่งมีความขยัน และมองการณ์ไกล ประกอบกับทรัพยากรในดินสินในน้ำ ต่างช่วยกันเอื้ออำนวยให้การพัฒนาด้านต่างๆ เป็นไปอย่างสะดวกราบรื่น และต่อเนื่อง



ผู้คนพื้นถิ่นจริงๆของชลบุรีมีอาชีพผูกพันอยู่กับท้องทะเล นาไร่ ทำปศุสัตว์ และทำเหมืองแร่ โดยลักษณะนิสัยของคนเมืองชลดั้งเดิมได้ชื่อว่าเป็นคนจริง ใช้ชีวิตเรียบง่าย ประหยัดอดออม เอาการเอางาน หนักเอาเบาสู มีความเป็นมิตร และพร้อมต้อนรับผู้มาเยือนเสมอ แม้ทุกวันนี้สภาพบ้านเมืองของชลบุรีจะเจริญรุดหน้าไปมาก อีกทั้งมีผู้คนต่างถิ่นโยกย้ายเข้ามาอาศัยผสมกลมกลืนกับชนดั้งเดิม ทว่าคนเมืองชลก็ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของตนเอาไว้อย่างเหนียวแน่น สะท้อนออกมาในรูปแบบงานเทศกาลประจำปีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงานบุญกลางบ้าน และงานเครื่องจักสานพนันสนิม งานประเพณีวันไหล (งานก่อดวงทรายวันไหล) ในช่วงหลังวันสงกรานต์ งานประเพณีกองข้าวอำเภอศรีราชา งานประเพณีวิ่งควายอันคึกคักสนุกสนาน รวมถึงงานแห่พระพุทธรูปหินงอกและงานกาชาดชลบุรี เป็นต้น

## อาชีพที่สำคัญของจังหวัดชลบุรี

ภาคเกษตรกรรม	: ปลูกพืช, เลี้ยงสัตว์, ประมง
ภาคอุตสาหกรรม	: อิเลคทรอนิกส์, ยานยนต์, เกษตรกรรม, ก่อสร้าง, อาหารและเครื่องดื่ม, แปรรูปไม้, สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม, เคมีและพลาสติก, โลหะและอโลหะ
ภาคบริการ	: การขายส่ง - ขายปลีก, ร้านอาหาร, ปั้มน้ำมัน, อุ้ช่อมรถ, เสริมสวย, สถานบันเทิง, โรงแรม และการท่องเที่ยว, ท่าเรือ, สนามบิน, กิจกรรมด้านกีฬา ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ สถานพยาบาลและคลินิก

## การศึกษาของจังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรี เป็นศูนย์กลางการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุบาลไปจนถึงอุดมศึกษา มีสถาบันการศึกษารวม 485 แห่ง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 300 แห่ง สำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 126 แห่ง และสังกัดอื่นๆ 59 แห่ง

ระดับอาชีวศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิค วิทยาลัยอาชีวศึกษา วิทยาลัยพลศึกษา และวิทยาลัยเอกชนหลายแห่ง สอนทั้งระดับ ปวช. และ ปวส. ส่วนระดับอุดมศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี มหาวิทยาลัยเอเชีย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลภาคตะวันออก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

นอกจากการศึกษาในระบบแล้ว จังหวัดชลบุรียังมีสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาคตะวันออกเพื่อผลิตบุคลากรด้านช่างฝีมือ และความชำนาญของแรงงานเฉพาะด้าน และยังมีสถาบันฝึกอบรมวิชาการโรงแรมและการท่องเที่ยว ซึ่งจัดตั้งโดยสมาคมโรงแรมแห่งประเทศไทย และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ตั้งอยู่บนถนนบางแสน สาย 2 ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี

## การคมนาคม

### 1. การขนส่งทางอากาศ

จังหวัดชลบุรีมีสนามบิน 2 แห่งคือ สนามฝักบินบางพระ และสนามบินอู่ตะเภา โดยสนามบินฝักบินบางพระตั้งอยู่ในอำเภอสัตร์ราชา เป็นสนามบินซ่อมสำหรับเครื่องบินลำเล็ก จึงไม่ได้เปิดให้บริการขนส่งทางอากาศเพื่อการพาณิชย์ทั่วไป



### 2. การขนส่งทางน้ำ



เนื่องจากจังหวัดชลบุรีมีสภาพภูมิศาสตร์เอื้ออำนวยต่อการขนส่งทางทะเล กล่าวคือด้านตะวันตกของจังหวัดเป็นชายฝั่งที่มีแนวยาวระยะทางหลายร้อยกิโลเมตร โดยหลายแห่งเป็นชายหาดที่งดงาม และบางแห่งเหมาะสมจะเป็นท่าจอดเรือ ส่งผลให้ชายฝั่งทะเลของจังหวัดมีท่าเทียบเรือประมง และท่าเทียบเรือสินค้า ทั้งที่เป็นท่าเทียบเรือของเอกชน และท่าเทียบเรือพาณิชย์สำหรับขนส่งสินค้าไปต่างประเทศ รวมถึงการขนส่งสินค้าเลียบตามชายฝั่งทะเลตะวันออกเข้าสู่ท่าเรือกรุงเทพฯ

### 3. การขนส่งทางรถไฟ



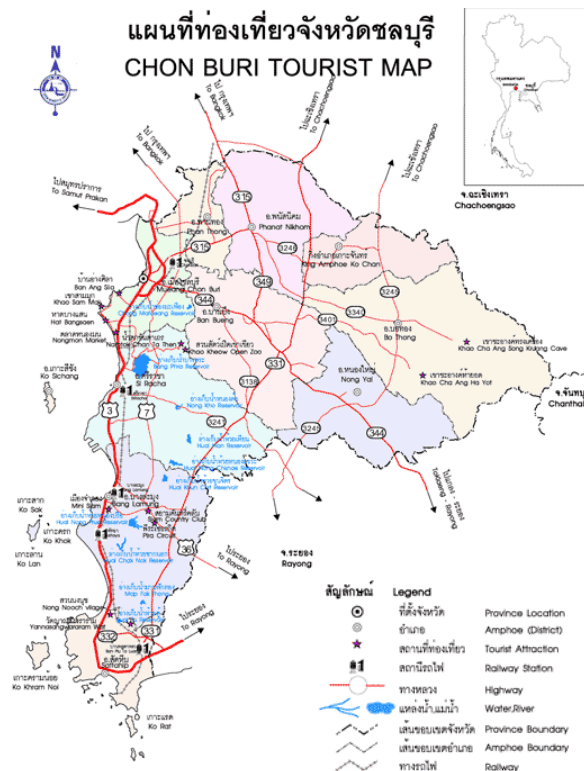
การขนส่งทางรถไฟของจังหวัดชลบุรีอาศัยเส้นทางรถไฟสายตะวันออก โดยเริ่มต้นจากกรุงเทพฯ-ฉะเชิงเทรา-อำเภอศรีราชา เมื่อรัฐบาลมีโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก การรถไฟแห่งประเทศไทยจึงดำเนินการก่อสร้างทางรถไฟสายนี้ขึ้น เพื่อรองรับการขนส่งสินค้าจากท่าเรือน้ำลึกสัตหีบ ท่าเรือน้ำลึกนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง และท่าเรือน้ำลึกนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด

### 4. การขนส่งทางรถยนต์

การขนส่งทางรถยนต์เป็นระบบการคมนาคมสำคัญที่สุดของจังหวัดชลบุรี และมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน โครงข่ายนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมทางหลวง โดยจังหวัดชลบุรีมีถนนที่สร้างเสร็จแล้วเป็นระยะทาง 745.497 กิโลเมตร เป็นทางหลวงแผ่นดินรวมระยะทาง 745.497 กิโลเมตร และระยะทางต่อ 2 ช่องจราจรคิดเป็นระยะทาง 1,191.408 กิโลเมตร



### ที่ตั้งและอาณาเขต



จังหวัดชลบุรี ตั้งอยู่ภาคตะวันออกของประเทศไทย ระยะทางจากกรุงเทพมหานครตามเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 34 (บางนา - ตราด) ระยะทาง 81 กิโลเมตร เส้นทางหลวงหมายเลข 7 หรือ Motorway (กรุงเทพฯ - ชลบุรี) ระยะทาง 79 กิโลเมตร มีพื้นที่ 2,726,875 ไร่ (4,363 ตารางกิโลเมตร) คิดเป็นร้อยละ 0.85 ของพื้นที่ประเทศไทย

- ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดสมุทรปราการ
- ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดระยอง
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดระยอง
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับทะเลอ่าวไทย

## สภาพภูมิประเทศ



ภาพ : ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดชลบุรี

ลักษณะภูมิประเทศ ของจังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ (1) **พื้นที่สูงชันและภูเขา** อยู่ตอนกลางและด้านตะวันออกของจังหวัด เป็นแนวยาวจากทิศตะวันตกเฉียงเหนือไปยังทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่อำเภอเมืองชลบุรี บ้านบึง ศรีราชา หนองใหญ่ และบ่อทอง ที่อำเภอศรีราชานั้น เป็นต้นน้ำของอ่างเก็บน้ำบางพระแหล่งน้ำอุปโภคบริโภคหลักแห่งหนึ่งของชลบุรีเขตที่มีความสูงจากระดับน้ำทะเล ตั้งแต่ 200 เมตรขึ้นไป จะอยู่ในเขตอำเภอบ่อทองและอำเภอหนองใหญ่ในด้านที่ติดกับจังหวัดฉะเชิงเทราและจันทบุรี

(2) **ที่ราบลูกคลื่นและเนินเขา** ในเขตอำเภอบ้านบึง พนัสนิคม หนองใหญ่ ศรีราชา บางละมุง สัตหีบ และบ่อทอง พื้นที่นี้มีลักษณะสูงๆ ต่ำๆ คล้ายลูกระนาด ส่วนที่เป็นที่ราบลุ่มอยู่ตอนบนของจังหวัดในเขตอำเภอพานทอง อำเภอพนัสนิคมและแนวกึ่งกลางของด้านตะวันตกเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำบางปะกงมีลำน้ำคลองหลวงยาว 130 กิโลเมตร ต้นน้ำอยู่ที่อำเภอบ่อทองและอำเภอบ้านบึง ผ่านพนัสนิคมไปบรรจบ เป็นคลองพานทองไหลลงสู่แม่น้ำบางปะกง (3) **ที่ราบชายฝั่งทะเล** ตั้งแต่ปากแม่น้ำบางปะกงติดกับทะเลอยู่ทางด้านทิศตะวันตกตั้งแต่ที่ราบชายฝั่งทะเล ตั้งแต่ปากแม่น้ำบางปะกงติดกับทะเลอยู่ทางด้านทิศตะวันตกตั้งแต่อำเภอเมืองชลบุรีจนถึงอำเภอสัตหีบซึ่งมีความยาวประมาณ ๑๖๐ กิโลเมตร เว้าแห่งคอคเค้งสวยงามเกิดเป็นหน้าผาหิน หาดทราย หาดยาวป่าชายเลน ป่าชายหาด ฯลฯ ซึ่งอ่าวหลายแห่งสามารถพัฒนาไปเป็นท่าจอดเรือ กำบังคลื่นลม ได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วยที่ราบตามชายฝั่งทะเลที่มีภูเขาเล็กๆ สลับเป็นบางตอน ชายฝั่งทะเลบางแห่งมีลักษณะเว้าแห่งและเป็นที่ลุ่มต้ำน้ำทะเลท่วมถึง มีป่าชายเลนหรือโกงกางขึ้นตั้งแต่ในเขตอำเภอเมืองชลบุรีถึงลงไปเป็นอำเภอศรีราชา บางละมุง และสัตหีบ มีหาดทรายสวยงามหลายแห่งซึ่งได้รับการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัด (4) **ส่วนที่เป็นเกาะ** อยู่ห่างจากชายฝั่งทะเลออกไปประมาณ ๑๐ กิโลเมตร ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ที่เป็นเกาะเล็กและเกาะใหญ่ประมาณ ๔๖ เกาะ เกาะที่สำคัญที่สุด คือ เกาะสีชัง และมีฐานะเป็นอำเภอนอกจากนี้ยังมีเกาะแสมสาร เกาะล้าน เกาะครก เกาะสากและเกาะไผ่ เป็นที่เหมาะแก่การท่องเที่ยวและพักผ่อน (ที่มา : สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดชลบุรี, 2565)

## สภาพภูมิอากาศ

จังหวัดชลบุรีมีลักษณะอากาศแบบมรสุมเขตร้อน (Tropical climate) โดยได้รับอิทธิพลจากทั้งลมมรสุมตะวันออกเฉียงใต้ ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม และได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงกุมภาพันธ์ ส่งผลให้จังหวัดชลบุรีมีฤดูกาลแตกต่างกันอย่างชัดเจน 3 ฤดู ได้แก่



**ฤดูร้อน** เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม อากาศค่อนข้างอบอ้าว แต่ไม่ถึงกับร้อนจัด **ฤดูฝน** เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม มีฝนตกกระจายทั่วไป โดยมักตกหนักในเขตป่า และภูเขา **ฤดูหนาว** เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ อากาศไม่หนาวจัด ทว่าเย็นสบาย ท้องฟ้าสดใส ปลอดโปร่ง และมีแดดตลอดวัน นับเป็นช่วงเวลาซึ่งชายหาดจะคึกคักไปด้วยนักท่องเที่ยว ส่วนภาคเกษตร ในฤดูนี้เป็นเวลาที่ค่อนข้างแล้ง เพราะฝนทิ้งช่วงหลายเดือน

## เขตการปกครอง



จังหวัดชลบุรี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ 92 ตำบล 687 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครแหลมฉบัง เทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์ และ เทศบาลนครบ้านสวน เทศบาลเมือง 10 แห่ง เทศบาลตำบล 36 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 48 แห่ง และมีรูปแบบการปกครองพิเศษ 1 แห่ง คือ เมืองพัทยา แยกจากการปกครองของอำเภอบางละมุง เนื่องจากเป็นเมืองท่องเที่ยวระดับนานาชาติ ซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว

## 2. ข้อมูลด้านประชากร

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล	(เขตพิเศษ), เทศบาลนคร	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อบต.	ประชากร	พื้นที่ (ตร.กม.)
1	เมืองชลบุรี	18	1	4	7	4	352,032	228.8
2	บ้านบึง	8	-	1	5	5	112,074	646.3
3	หนองใหญ่	5	-	-	1	4	23,950	397.5
4	บางละมุง	8	1 (เมืองพัทยา)	1	6	-	333,694	469
5	พานทอง	11	-	-	1	9	84,432	173
6	พนัสนิคม	20	-	1	3	16	126,449	451
7	ศรีราชา	8	2	1	1	4	354,800	616
8	เกาะสีชัง	1	-	-	1	-	4,776	17.3
9	สัตหีบ	5	-	1	6	1	163,485	333
10	บ่อทอง	6	-	-	3	4	49,663	782
11	เกาะจันทร์	2	-	1	2	1	39,958	249
รวม		92	4	10	36	48	1,645,313	4,363.48

ตารางจำนวนประชากรจำแนกรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2568						
ลำดับ	พื้นที่	ชาย	หญิง	รวม	หลังคาเรือน	ความหนาแน่น ต่อ ตร.กม.
1	อำเภอเมืองชลบุรี	169,016	183,016	352,032	261,492	1539
2	อำเภอบ้านบึง	54,394	57,680	112,074	67,370	173
3	อำเภอหนองใหญ่	12,031	11,919	23,950	11,818	60
4	อำเภอบางละมุง	153,158	180,536	333,694	310,131	711
5	อำเภอพานทอง	41,317	43,115	84,432	70,653	488
6	อำเภอพนัสนิคม	60,990	65,459	126,449	52,251	280
7	อำเภอศรีราชา	172,001	182,799	354,800	272,934	576
8	อำเภอสัตหีบ	86,614	76,871	163,485	107,052	491
9	อำเภอบ่อทอง	24,763	24,900	49,663	20,001	64
10	อำเภอเกาะจันทร์	21,596	18,362	39,958	16,255	160
11	อำเภอเกาะสีชัง	2,347	2,429	4,776	2,331	276
รวม		798,227	847,086	1,645,313	1,192,288	377

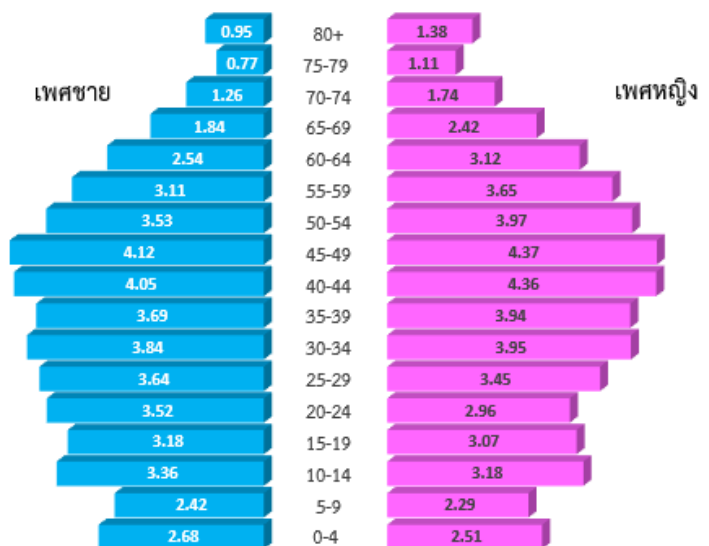
ที่มา : 1) ประกาศกระทรวงมหาดไทยที่ รว.มท. เห็นชอบและลงนามในประกาศฯ ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 และที่แก้ไข ร.มท.เห็นชอบและลงนามในประกาศฯ ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

2) ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร ณ 30 พฤศจิกายน 2567 และประกาศสำนักทะเบียนกลาง ณ วันที่ 8 มกราคม 2568 (รวบรวมโดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

ตารางจำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามช่วงอายุ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2568						
ช่วงอายุ (ปี)	ชาย (คน)	ร้อยละ	หญิง (คน)	ร้อยละ	รวม (คน)	ร้อยละ
0 - 5 ปี	44,033	2.68	41,315	2.51	85,348	5.19
6 - 9 ปี	39,819	2.42	37,660	2.29	77,479	4.71
10 - 14 ปี	55,323	3.36	52,319	3.18	107,642	6.54
15 - 19 ปี	52,333	3.18	50,575	3.07	102,908	6.25
20 - 24 ปี	57,986	3.52	48,769	2.96	106,755	6.49
25 - 29 ปี	59,870	3.64	56,833	3.45	116,703	7.09
30 - 34 ปี	63,169	3.84	65,026	3.95	128,195	7.79
35 - 39 ปี	60,700	3.69	64,768	3.94	125,468	7.63
40 - 44 ปี	66,696	4.05	71,804	4.36	138,500	8.42
45 - 49 ปี	67,741	4.12	71,949	4.37	139,690	8.49
50 - 54 ปี	58,111	3.53	65,270	3.97	123,381	7.50
55 - 59 ปี	51,231	3.11	60,005	3.65	111,236	6.76
60 - 64 ปี	41,833	2.54	51,380	3.12	93,213	5.67
65 - 69 ปี	30,314	1.84	39,799	2.42	70,113	4.26
70 - 74 ปี	20,650	1.26	28,654	1.74	49,304	3.00
75 - 79 ปี	12,715	0.77	18,312	1.11	31,027	1.89
80 +	15,703	0.95	22,648	1.38	38,351	2.33
รวม	798,227	48.52	847,086	51.48	1,645,313	100.00

ประชากรในจังหวัดชลบุรี จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2568 (ประกาศสำนักทะเบียนกลาง ณ วันที่ 8 มกราคม 2568) แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 48.52 เพศหญิงร้อยละ 51.48 จำนวนประชากรตามกลุ่มอายุรวมเพศชายและเพศหญิงมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่

- อันดับ 1 กลุ่มอายุ 45 - 49 ปี (ร้อยละ 8.49)
- อันดับ 1 กลุ่มอายุ 40 - 44 ปี (ร้อยละ 8.42)
- อันดับ 1 กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี (ร้อยละ 7.79)



แผนภูมิ โครงสร้างประชากรจังหวัดชลบุรีจำแนกตามเพศและวัย ปี พ.ศ. 2568

ที่มา : ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร ณ 30 พฤศจิกายน 2567 และประกาศสำนักทะเบียนกลาง ณ วันที่ 8 มกราคม 2568 (รวบรวมโดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

### 3. ข้อมูลทรัพยากรด้านสาธารณสุข

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 118 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆของรัฐ จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นศูนย์วิชาการ 3 แห่ง โรงพยาบาล/สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนจำนวน 19 แห่ง คลินิกเอกชน จำนวน 1,704 แห่ง และสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 3,542 แห่ง

ตารางแสดงข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และระดับ SAP										
โรงพยาบาล	ระดับเดิม	ระดับ SAP ใหม่	เตียงจริงทุกแผนก	ICU ทุกแผนก	OP (Visit)	IP Visit	วันนอนผู้ป่วยใน	Total AdjRw	CMI	Active Bed
รพ.ชลบุรี	A	P+	932	108	1,112,991	63,472	316,794	132,992.00	2.095	1,034
รพ.พญาภิรมย์คุณ	S	P	482	28	732,599	35,824	144,870	49,882.70	1.392	935
รพ.พนัสสัณคม	M1	A+	220	16	419,974	19,260	73,731	21,483.00	1.115	360
รพ.แหลมฉบัง	M2	A+	150	13	309,996	12,271	44,588	12,858.10	1.048	294
รพ.บ้านบึง	M2	A	186	8	367,650	14,110	55,826	14,503.00	1.03	266
รพ.พานทอง	F1	S+	100	0	275,479	6,547	25,614	6,204.70	0.948	98
รพ.สัตหีบกม.10	F1	S	60	0	148,491	3,520	14,628	2,831.15	0.804	99
รพ.บ่อทอง	F1	S	70	0	144,906	4,544	13,487	3,714.30	0.817	103
รพ.วัดญาณฯ	F2	S	30	0	90,099	1,919	6,250	1,537.53	0.801	77
รพ.หนองใหญ่	F2	S	35	0	103,787	2,114	8,573	1,536.38	0.731	38
รพ.เกาะจันทร์	F2	S	30	0	100,079	1,658	5,936	1,431.82	0.864	38
รพ.เกาะสีชัง	F2	S	20	0	30,356	520	1,838	370.06	0.712	13
รวม			2,315	173						

ที่มา :

- 1) ระดับหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงตามมติที่ประชุม อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ.0207.11/20293 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.)
- 2) ข้อมูลจำนวนเตียงจริงทุกแผนก, เตียง ICU ทุกแผนก, OP Visit, CMI, IP Visit, วันนอนผู้ป่วยใน, Total AdjRW จากระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (<http://it-phdb.moph.go.th/>) โดยได้ผ่านการตรวจสอบข้อมูลจากเขตสุขภาพ (จำนวนเตียงจริง หมายถึง เตียงที่รับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นประจำ ทั้งนี้ ไม่รวมเตียงรอกคลอด เตียงคลอด เตียงทารกแรกคลอดที่มีอาการปกติ เตียงตรวจโรค เตียงผ่าตัด เตียงเฝ้าสังเกต และ เตียงในหอผู้ป่วยหนัก) ดึงข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568
- 3) Active Bed = วันนอนผู้ป่วยใน / 365 วัน

โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ของรัฐ มี 6 แห่ง ได้แก่

ลำดับที่	ชื่อสถานพยาบาล
1.	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (สภากาชาดไทย)
2.	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ (กรมแพทย์ทหารเรือ)
3.	โรงพยาบาลอภากรเกียรติวงศ์ (ฐานทัพเรือสัตหีบ)
4.	โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี (กองทัพบก)
5.	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
6.	โรงพยาบาลเมืองพัทยา

## โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นศูนย์วิชาการ 3 แห่ง

ลำดับที่	ชื่อสถานพยาบาล
1.	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์)
2.	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (กรมการแพทย์)
3.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 (กรมอนามัย)

แหล่งอ้างอิง : รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [https://hcode.moph.go.th/code\\_request/private/menu/](https://hcode.moph.go.th/code_request/private/menu/) ณ 31 ธันวาคม 2568

## โรงพยาบาล/สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยค้างคืน จำนวน 19 แห่ง

ลำดับที่	ชื่อสถานพยาบาล
1.	โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ขนาดเล็ก แคนเซอร์ออลิอันซ์ ศรีราชา
2.	โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ขนาดเล็ก วิทยารามอมตะนคร
3.	โรงพยาบาลวิทยาราม แหลมฉบัง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
4.	โรงพยาบาลวิทยาราม อมตะนคร โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
5.	โรงพยาบาลอมตะเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก
6.	โรงพยาบาลเอกชล โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
7.	โรงพยาบาลเอกชล อ่างศิลา โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ชื่อเดิม : โรงพยาบาลเอกชน 2)
8.	โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
9.	โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
10.	โรงพยาบาลพญาไท บ่อวิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
11.	โรงพยาบาลสมิติเวชชลบุรี โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
12.	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
13.	โรงพยาบาลจอมเทียน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
14.	โรงพยาบาลพญาเมโมเรียล โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
15.	โรงพยาบาลพญาอินเตอร์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
16.	โรงพยาบาลกรุงเทพพญา โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
17.	โรงพยาบาลจุฬารัตน์ชลเวช โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
18.	โรงพยาบาลปิยะเวชช์ บ่อวิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง
19.	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง แปซิฟิก

แหล่งอ้างอิง : รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [https://hcode.moph.go.th/code\\_request/private/menu/](https://hcode.moph.go.th/code_request/private/menu/) ณ 31 ธันวาคม 2568 ตรวจสอบโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รพ.สต./สอ./สอ. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี กระทรวงมหาดไทย  
118 แห่ง

ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดชลบุรี (กระทรวงมหาดไทย)		
อำเภอ	จำนวน	หมายเหตุ
เมืองชลบุรี	17	
บางละมุง	12	
ศรีราชา	12	(สอ. 1 แห่ง สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขาคันทรง)
พนัสนิคม	21	
บ้านบึง	14	(สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี บ้านมาบลำบิด)
สัตหีบ	6	
พานทอง	10	
บ่อทอง	13	
หนองใหญ่	9	
เกาะจันทร์	4	
เกาะสีชัง	ไม่มีรพ.สต.	
<b>รวม</b>		<b>118</b>

ที่มา : รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
[https://hcode.moph.go.th/code\\_request/private/menu/](https://hcode.moph.go.th/code_request/private/menu/) ณ 31 ธันวาคม 2568

จำนวนคลินิกเอกชน แยกรายอำเภอ จำนวน 1,618 แห่ง

อำเภอ	จำนวน	อำเภอ	จำนวน	หมายเหตุ
เมืองชลบุรี	จำนวน 536 แห่ง	พานทอง	จำนวน 51 แห่ง	
บางละมุง	จำนวน 461 แห่ง	บ่อทอง	จำนวน 7 แห่ง	
ศรีราชา	จำนวน 425 แห่ง	หนองใหญ่	จำนวน 0 แห่ง	
พนัสนิคม	จำนวน 50 แห่ง	เกาะจันทร์	จำนวน 9 แห่ง	
บ้านบึง	จำนวน 72 แห่ง	เกาะสีชัง	จำนวน 1 แห่ง	
สัตหีบ	จำนวน 92 แห่ง			
<b>รวม</b>			<b>1,618</b>	

ที่มา : รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
[https://hcode.moph.go.th/code\\_request/private/menu/](https://hcode.moph.go.th/code_request/private/menu/) ณ 31 ธันวาคม 2568 ตรวจสอบโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช  
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จังหวัดชลบุรี จำนวน 3,542 แห่ง

จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จังหวัดชลบุรี												
สถานประกอบการ (แห่ง)	เมืองชลบุรี	บ้านบึง	พานทอง	พนัสนิคม	เกาะจันทร์	บ่อทอง	หนองใหญ่	ศรีราชา	บางละมุง	สัตหีบ	เกาะสีชัง	รวม
<b>อาหาร 1,291 แห่ง</b>												
เข้าขายโรงงาน	50	35	17	26	2	8	11	68	35	9	0	261
ไม่เข้าขายโรงงาน	267	86	45	56	20	22	10	154	157	33	1	851
นำเข้า	29	14	8	12	1	0	5	58	50	2	0	179
<b>ยา 1,213 แห่ง</b>												
ขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)	261	52	57	29	15	9	6	249	393	58	1	1,130
ขายยาบรรจุเสร็จ (ขย.2)	10	9	1	4	2	0	0	7	4	9	2	48
ขายยาสูตร (ขย.3)	4	3	0	6	1	0	0	1	2	0	0	17
ขายส่งยาแผนปัจจุบัน (ขย.4)	3	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	8
ผลิตยาแผนปัจจุบัน	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	4
นำเข้ายาปัจจุบัน	2	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	6
<b>ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 89 แห่ง</b>												
ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร	13	3	0	7	1	0	1	4	24	6	0	59
ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร	7	1	3	3	0	1	0	5	5	2	0	27
นำเข้าผลิตภัณฑ์สมุนไพร	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
<b>วัตถุออกฤทธิ์ 227 แห่ง</b>												
ขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2	50	4	3	9	1	1	0	25	29	3	1	126
ขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3,4	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	5
ครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3	11	0	0	0	0	0	0	9	8	0	0	28
ครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 4	33	0	0	2	0	0	0	14	19	0	0	68
<b>ยาเสพติดให้โทษ 75 แห่ง</b>												
จำหน่ายยาเสพติดประเภท 3	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
จำหน่ายยาเสพติดประเภท 2	26	1	1	2	1	1	1	12	15	3	1	64
ผลิต ยส.5 (สกัดกัญชง)	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	5
<b>เครื่องมือแพทย์ 3 แห่ง</b>												
ขายเครื่องมือแพทย์	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
<b>เครื่องสำอาง 553 แห่ง</b>												
ผลิตเครื่องสำอาง	88	31	19	8	1	5	2	69	72	27	0	322
นำเข้าเครื่องสำอาง	66	13	16	3	0	1	2	44	63	23	0	231
<b>วัตถุอันตราย 92 แห่ง</b>												
ครอบครองวัตถุอันตราย	4	0	0	2	0	0	0	7	8	0	0	21
ผลิตวัตถุอันตราย	14	4	10	1	0	2	0	20	8	1	0	60
นำเข้าวัตถุอันตราย	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5
ส่งออกวัตถุอันตราย	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	6
<b>รวม</b>	<b>953</b>	<b>258</b>	<b>183</b>	<b>171</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>38</b>	<b>761</b>	<b>898</b>	<b>179</b>	<b>6</b>	<b>3,542</b>

ที่มา : งานบริการอนุญาตด้านสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (PRE-MARKETING) รวบรวมโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ วันที่ 30 กันยายน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จังหวัดชลบุรีมีสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 3,542 แห่ง

- ❖ สถานประกอบการด้านอาหาร จำนวน 1,291 แห่ง (มากที่สุด)
- ❖ สถานประกอบการด้านยา จำนวน 1,213 แห่ง (อันดับ 2)
- ❖ สถานประกอบการด้านเครื่องสำอาง จำนวน 553 แห่ง (อันดับ 3)

อำเภอที่มีสถานประกอบการมากที่สุด คือ อำเภอเมืองชลบุรี 953 แห่ง รองลงมาอำเภอบางละมุง 898 แห่ง และอำเภอศรีราชา 761 แห่ง

ตารางแสดงจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จดทะเบียน / จัดแจ้งจังหวัดชลบุรี	
ผลิตภัณฑ์ (ตำรับ)	รวม 47,930
1. อาหาร	32,823
2. เครื่องสำอาง	14,308
3. วัตถุอันตราย	799

**แหล่งอ้างอิง :** งานบริการอนุญาตด้านสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (PRE-MARKETING) รวบรวมโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

## 4. ข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุข

ลำดับ	อำเภอ	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (Medical personnels)				
		แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	พยาบาลเทคนิค
		Physician	Dentist	Phamacist	nurse	Technical nurse
1	เมืองชลบุรี	265	20	83	1106	3
2	บ้านบึง	31	7	10	167	
3	หนองใหญ่	10	5	4	35	
4	บางละมุง	93	21	36	446	
5	พานทอง	26	5	10	97	
6	พนัสนิคม	39	11	19	223	
7	ศรีราชา	32	12	16	164	1
8	เกาะสีชัง	4	3	1	20	
9	สัตหีบ	19	5	8	56	2
10	บ่อทอง	19	4	6	54	
11	เกาะจันทร์	8	3	3	38	
รวมยอด		546	96	196	2406	6

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 31 ธันวาคม 2568

ตารางจำนวนแพทย์ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2568		
อำเภอ	หน่วยบริการ	แพทย์ (คน)
เมืองชลบุรี	โรงพยาบาลชลบุรี	265
บ้านบึง	โรงพยาบาลบ้านบึง	31
หนองใหญ่	โรงพยาบาลหนองใหญ่	10
บางละมุง	โรงพยาบาลบางละมุง	83
	โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	10
พานทอง	โรงพยาบาลพานทอง	26
พนัสนิคม	โรงพยาบาลพนัสนิคม	39
ศรีราชา	โรงพยาบาลแหลมฉบัง	32
เกาะสีชัง	โรงพยาบาลเกาะสีชัง	4
สัตหีบ	โรงพยาบาลสัตหีบกม10	19
บ่อทอง	โรงพยาบาลบ่อทอง	19
เกาะจันทร์	โรงพยาบาลเกาะจันทร์	8
รวม		546

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 31 ธันวาคม 2568

## 5. ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2568 ประชากรเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ได้ครอบคลุม 100% โดยกลุ่มที่มากที่สุดคือ สิทธิประกันสังคม 46.86 % รองลงมาคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 45.86 % สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ 4.56 % สิทธิอื่นๆ 2.43 % และมีค่าว่าง 0.35 % ตามลำดับ

ตารางการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชากรในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2568						
ประเภทสิทธิ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
สิทธิประกันสังคม (SSS)	47.94	48.58	49.21	47.78	46.86	46.60
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)	45.39	44.97	44.87	44.90	45.86	46.06
สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC)	4.68	4.69	4.71	4.52	4.56	4.55
สิทธิอื่นๆ	1.30	1.30	0.68	2.43	2.43	2.36
ค่าว่าง	0.69	0.46	0.53	0.37	0.35	0.40

ที่มา : <https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo> (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 04 รายงานจำนวนประชากร จำแนกตามสิทธิรายหน่วย บริการประจำแต่ละจังหวัด ณ เดือนกันยายน 2568

## 6. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

### อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth : LE)

จังหวัดชลบุรี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ปี 2568 ณ มกราคม 2568 ผู้หญิง 76.73 ผู้ชาย 64.25 เทียบกับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดระดับประเทศ พบว่าจังหวัดชลบุรี มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าระดับประเทศไทย ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

ตาราง อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ปี พ.ศ. 2560 – 2567				
ปี พ.ศ.	ประเทศไทย		จังหวัดชลบุรี	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2560	72.13	79.61	74.50	81.30
2561	72.19	79.75	74.82	81.36
2562	72.24	79.90	75.86	82.41
2563	72.30	80.4	75.74	82.03
2564	72.35	80.18	74.14	81.55
2565	72.40	80.31	73.92	80.66
2566	72.44	80.45	75.42	81.55
2567	72.00	80.10	74.08	80.14

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ 31 ธันวาคม 2567 และแผนที่แสดงอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ณ 31 ธันวาคม 2567 อัตราการตายด้วยวิธีการพยากรณ์แบบ : Lee Carter Model

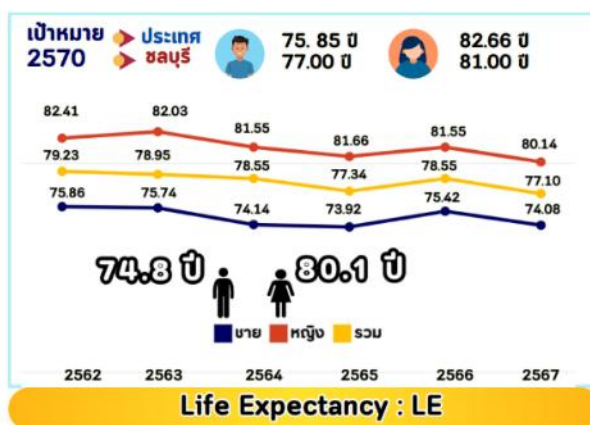
## อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE)

การคาดการณ์จำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากรอย่างมีสุขภาพที่ดี ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประชากรโลกมีอายุคาดเฉลี่ย (LE) ยืนยาวขึ้นจาก 65.1 ปี (ค.ศ. 1990) มาเป็น 72.48 ปี (ค.ศ. 2016) ช่วงเวลา 26 ปีที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวเพิ่มขึ้น 7.38 ปี (ประมาณ 8.7 เดือนต่อปี) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของประชากรโลกก็เพิ่มมากขึ้นด้วย จาก 56.88 ปี (ค.ศ. 1990) เป็น 63.12 ปี (ค.ศ. 2016) แต่เป็นที่น่ากังวลคือ ช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์จะมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานขึ้นเช่นกัน จาก 8.22 ปี (ค.ศ. 1990) เพิ่มขึ้นเป็น 9.33 ปี (ค.ศ. 2016) สรุปได้ว่าถึงแม้ประชากรโลกจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ในขณะที่มีชีวิตอยู่บั้นปลายของชีวิตจะมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ประมาณ ร้อยละ 13 ของการมีชีวิตอยู่)

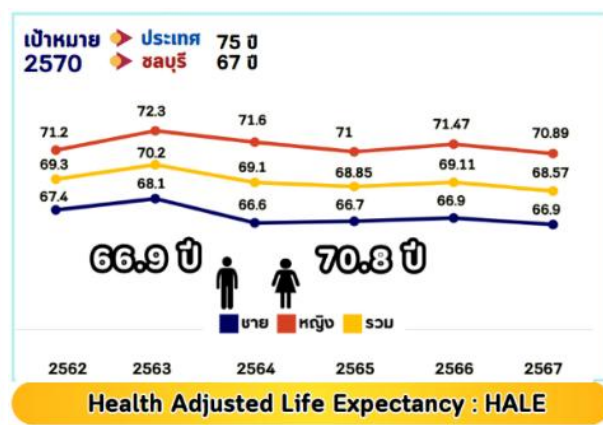
ข้อมูลของประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง และฐานข้อมูลมรณบัตร กรมการปกครอง รายงานว่า ย้อนหลังไป 10 ปี (จากปี พ.ศ. 2562) คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย (LE) ยืนยาวขึ้นเล็กน้อย และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีความเป็นไปได้ที่คนไทยที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป จะมีอายุคาดเฉลี่ยถึง 80 - 89 ปี ไปจนถึง 100 ปี เพราะการพัฒนาการในเรื่องการสาธารณสุขของประเทศดีขึ้น ซึ่งหมายความว่าในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่คนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเกิน 100 ปี

ตาราง อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดี ปี พ.ศ. 2562 – 2567				
ปี พ.ศ.	ประเทศไทย		จังหวัดชลบุรี	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2562	66.4	71.2	67.4	71.2
2563	66.7	71.3	68.1	72.3
2564	65.6	70.2	66.6	71.6
2565	65.3	69.7	66.7	70.89
2566	*	*	66.9	71.47
2567	*	*	66.9	70.89

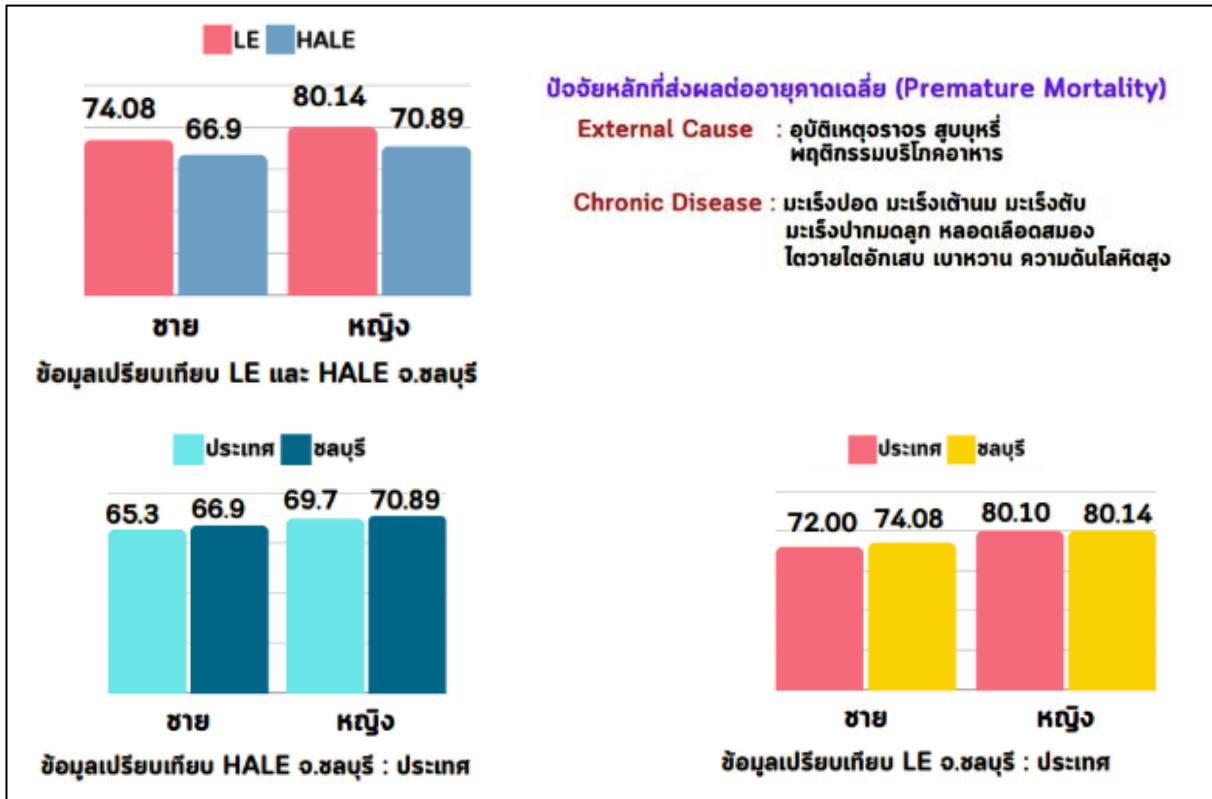
อ้างอิง : รายงานอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy : LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) ของประชากรไทย พ.ศ. 2562-2565 / รายงานอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy : LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) ของจังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2562 - 2567 ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง จากฐานทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2567



LE : Life Expectancy จังหวัดชลบุรี



HALE : Health Adjusted Life Expectancy จังหวัดชลบุรี



## สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับของจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2564 – 2567

ในปี พ.ศ. 2567 สาเหตุการตายของประชาชนจังหวัดชลบุรี มากที่สุดคือ โรคมะเร็ง อัตรา 61.94 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 38.95 ต่อแสนประชากร ไตวายไตอักเสบ อัตรา 23.72 ต่อแสนประชากร กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัตรา 21.16 ต่อแสนประชากร และอุบัติเหตุจราจร อัตรา 20.36 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของจังหวัดชลบุรี (อัตรา : แสนคน) ปี พ.ศ. 2564 – 2567								
สาเหตุการตายสำคัญ 10 อันดับ จังหวัดชลบุรี	2564		2565		2566		2567	
	1,583,672		1,594,758		1,618,066		1,635,525	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคมะเร็ง	1452	91.69	1214	76.12	1213	74.97	1013	61.94
หลอดเลือดสมอง	616	38.90	700	43.89	665	41.10	637	38.95
ไตวาย ไตอักเสบ	378	23.87	261	16.37	270	16.69	388	23.72
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	365	23.05	413	25.90	366	22.62	346	21.16
อุบัติเหตุจราจร	230	14.52	396	24.83	254	15.70	333	20.36
เบาหวาน	199	12.57	270	16.93	191	11.80	156	9.54
ตับแข็ง	113	7.14	159	9.97	106	6.55	164	10.03
วัณโรคปอด	97	6.13	117	7.34	100	6.18	94	5.75
ความดันโลหิตสูง	93	5.87	128	8.03	110	6.80	83	5.07
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	68	4.29	102	6.40	54	3.34	49	3.00

ที่มา : ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูลประชากรจากฐานทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2567

## สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็ง 10 อันดับของจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2564 – 2567

ในปี พ.ศ. 2567 เมื่อจำแนกสาเหตุการตายของโรคมะเร็งทุกชนิด พบมากที่สุดคือ มะเร็งปอด อัตรา 12.05 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม อัตรา 14.04 ต่อแสนประชากร มะเร็งตับ อัตรา 10.88 ต่อแสนประชากร และมะเร็งปากมดลูก อัตรา 8.80 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตาราง สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งที่สำคัญ 10 อันดับ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2564-2567									
สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งที่สำคัญ 10 อันดับ		ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566		ปี 2567	
		1,583,672		1,594,758		1,618,066		1,635,525	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	มะเร็งปอด	246	16.67	278	17.43	271	16.75	197	12.05
2	มะเร็งเต้านม	122	15.04	112	13.70	118	14.22	118	14.04
3	มะเร็งตับ	208	13.13	220	13.80	200	12.36	178	10.88
4	มะเร็งปากมดลูก	98	12.08	93	11.38	123	14.82	74	8.80
5	มะเร็งไม่ระบุ	169	10.67	112	7.02	145	8.96	101	6.24
6	มะเร็งลำไส้	142	8.97	205	12.85	184	11.37	171	10.66
7	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	51	3.22	42	2.63	42	2.60	47	2.87
8	มะเร็งกระเพาะอาหาร	40	2.53	36	2.26	42	2.60	41	2.51
9	มะเร็งหลอดอาหาร	37	2.34	49	3.07	43	2.66	44	2.69
10	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	10	0.63	67	4.20	45	2.78	42	2.57

ที่มา : ที่มา : ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูลประชากรจากฐานทะเบียนราษฎร ณ 31 ธันวาคม 2567

## สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่สำคัญ 10 อันดับของผู้ป่วยใน จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2567

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยใน มีสาเหตุการป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ปอดบวม อัตรา 565 ต่อแสนประชากร (2) โลหิตจางอื่น อัตรา 373 ต่อแสนประชากร (3) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของการตั้งครรภ์และการคลอด อัตรา 263 ต่อแสนประชากร (4) การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ อัตรา 254 ต่อแสนประชากร (5) การดูแลมารดาอื่นๆที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์และถุงน้ำคร่ำและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะคลอด อัตรา 247 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดงสาเหตุการป่วยที่สำคัญ 10 อันดับแรกของผู้ป่วยใน จังหวัดชลบุรี ปี 2564 - 2567									
ลำดับ	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566		ปี 2567	
		1,583,672		1,594,758		1,618,066		1,635,525	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	ปอดบวม	16,957	1,071	16,016	1,004	8,408	520	9,246	565
2	โลหิตจางอื่นๆ	4,785	302	4,680	293	5,641	349	6,112	373
3	การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ	3,871	244	3,292	206	4,693	290	4,167	254
4	การดูแลมารดาอื่นๆที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะคลอด	5,003	316	3,950	248	4,232	262	4,054	247
5	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของการตั้งครรภ์ และการคลอด	4,514	285	3,686	231	4,171	258	4,315	263
6	โรคอื่นๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	2,305	146	2,586	162	3,344	207	3,652	223
7	หัวใจล้มเหลว	2,531	160	2,553	160	3,215	199	3,309	202
8	ภาวะอื่นๆ ในระยะปริกำเนิด	3,474	219	2,732	171	2,873	178	3,265	199
9	เนื้อสมองตาย	2,303	145	*	-	2,736	169	3,166	193
10	หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน	*	-	*	-	*	-	3,108	190

ที่มา : ระบบรายงานตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม (HDC on Cloud จังหวัดชลบุรี) | cbi.hdc.moph.go.th/hdc ณ 31 ธันวาคม 2567

หมายเหตุ : ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน ไม่มีติดใน 10 อันดับ และเพิ่งมีการป่วยติดใน 10 อันดับในปี พ.ศ. 2567

## สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่สำคัญ 10 อันดับของผู้ป่วยนอก จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2567

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก มีสาเหตุการป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ นำ อัตรา 24,010 ต่อแสนประชากร (2) การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ อัตรา 19,489 ต่อแสนประชากร (3) เบาหวาน อัตรา 17,989 ต่อแสนประชากร (4) เนื้อเยื่อผิดปกติ อัตรา 16,398 ต่อแสนประชากร (5) ความผิดปกติอื่นๆของฟันและโครงสร้าง อัตรา 9,466 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดงสาเหตุการป่วยที่สำคัญ 10 อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จังหวัดชลบุรี ปี 2564 – 2567									
ลำดับ	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566		ปี 2567	
		1,583,672		1,594,758		1,618,066		1,635,525	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	366,493	23,142	357,361	22,408	380,440	23,512	392,694	24,010
2	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	133,120	8,406	233,479	14,640	287,124	17,745	318,749	19,489
3	เบาหวาน	248,538	15,694	265,319	16,637	285,526	17,646	294,227	17,989
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	186,207	11,758	200,341	12,562	251,431	15,539	268,205	16,398
5	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	79,828	5,041	99,149	6,217	147,306	9,104	154,820	9,466
6	การบาดเจ็บเฉพาะอื่นๆ ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	126,113	7,963	131,107	8,221	145,172	8,972	149,580	9,145
7	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	74,894	4,729	85,977	5,391	118,578	7,328	136,871	8,368
8	โรคอื่นๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	63,297	3,997	66,249	4,154	80,670	4,986	90,474	5,531
9	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ	60,883	3,844	65,986	4,138	77,206	4,771	86,989	5,318
10	ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (HIV)	72,906	4,604	71,123	4,460	73,518	4,544	71,898	4,396

ที่มา : ระบบรายงานตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม (HDC on Cloud จังหวัดชลบุรี) | cbi.hdc.moph.go.th/hdc ณ 31 ธันวาคม 2567

## โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2565 - 2568

ในปี พ.ศ. 2568 โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) โควิด19 (COVID-19) อัตรา 2,042.83 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ (2) ไข้หวัดใหญ่ อัตรา 3,247.76 ต่อแสนประชากร (3) โรคปอดอักเสบโรคปอดบวม อัตรา 842.28 ต่อแสนประชากร (4) โรคมือเท้าปาก อัตรา 200.17 ต่อแสนประชากร (5) ไข้เลือดออก อัตรา 113.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2565 - 2568								
สาเหตุการป่วย	ปี 2565		ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
	1,594,758		1,618,066		1,635,525		1,645,313	
โควิด19 (COVID-19)	26,928	1,688.53	98,489	6,086.83	43,108	2,635.73	31,760	2,042.83
ไข้หวัดใหญ่	1,187	74.43	13,009	803.98	30,432	1,860.69	50,493	3,247.76
ไข้เลือดออก	2,472	155.01	8,172	505.05	3,842	234.91	1,768	113.72
โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม	4,050	253.96	4,700	290.47	12,709	777.06	13,095	842.28
โรคมือเท้าปาก	2,239	140.4	985	60.88	6,600	403.54	3,112	200.17

ที่มา : การลำดับโรคที่ต้องเฝ้าระวัง โรคที่มีความสำคัญ (Priority Disease) DOE-Portal

วันที่ 1 มกราคม - 20 ธันวาคม 2568 รวบรวมโดยกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



# แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี 20 ปี (2560 - 2579)

สสจ.ชลบุรี  
**วิสัยทัศน์ : 2579** ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สุขเมืองสุขภาพที่ยั่งยืน  
**คำนิยม : M-O-P-H & สามัคคี ดี เก่ง สุข**

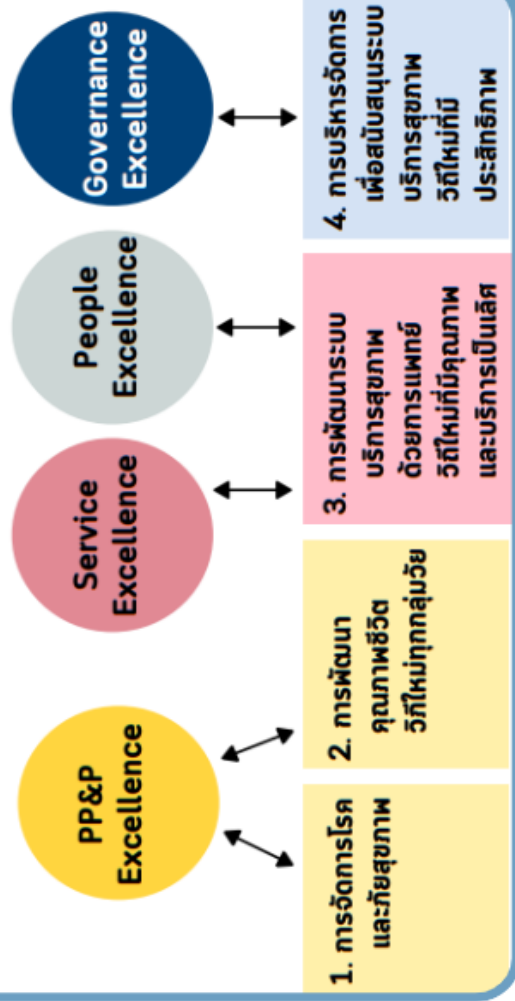
## Mission

- ดำเนินการตามนโยบาย มาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผลบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาล และองค์กรมีความสุข
- จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพครอบคลุม และไร้รอยต่อ
- อภิบาลระบบสุขภาพ โดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

## Ultimate Goal

- ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว (Life Expectancy 77 ปี HALE 67 ปี)
- หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ ฟังตนเองด้านสุขภาพ ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)

## การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สู่การปฏิบัติ จังหวัดชลบุรี





นายแพทย์กฤษณ์ สฤตแพทย์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

## แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี 2566 - 2570



### เป้าหมาย

▶ ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว Life Expectancy อายุ 77 ปี / HALE อายุ 67 ปี

▶ หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

▶ ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนเข้าถึง บริการสิ่งดูแลทางด้านสุขภาพ ชุมชนสามารถจัดการ สุขภาพที่เครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)

## วิสัยทัศน์ “ 2579 ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน ”

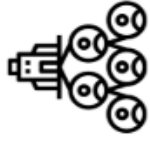


ดำเนินงานตามนโยบายสำคัญ บริหารจัดการ ดีตาม ทำกับ และประเมินผลบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ



### พันธกิจ

จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและไร้รอยต่อ



อภิบาลระบบสุขภาพ โดยให้ภาคีเครือข่าย ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน



1

พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

2

จัดการโรคและภัยสุขภาพ

3

พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

4

พัฒนาการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

5

พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงและองค์กรแห่งความสุข

# แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี 2569



## 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 6 กลยุทธ์ 12 Objective

### 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต ทุกกลุ่มวัย

- 1 ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
- O1. พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
- O2. เสริมสร้างความรอบรู้เพื่ออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต

### 2. การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

- 2 การพัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
- O3. พัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ
- O4. วัคซีน HPV/รักษาเร่ง/มะเร็งดวงจร
- O5. ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCD)

### 3 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

- O6. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ
- O7. พัฒนาระบบบริการบำบัดยาเสพติด สุขภาพจิต และจิตเวช
- 4 พัฒนาศักยภาพการแพทย์แผนการมองจูงการกึ่งที่เกี่ยวข้องสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
- O8. ยกระดับภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ
- O9. เพิ่มมูลค่าบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑสุขภาพสมุนไพรไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

### 3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

### 4. การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

- 5 พัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข "ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ" O10. พัฒนาหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital /Smart Office)
- O11. บริหารจัดการกองทุน/งบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ

### 5. องค์การสมรรถนะสูง MOPH-4T และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- 6 พัฒนาการสมรรถนะสูง (MOPH-4T) และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- O12. พัฒนาผู้องค์กรสมรรถนะสูง (MoPH-4T) และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



# ตัวชี้วัดประกอบคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลปีงบประมาณ 2569



## 1 นโยบายยกระดับการควบคุมป้องกันโรค NCDs

40 P

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันมีวินัจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน (20 P)

1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันมีวินัจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง (20P)



## 2 นโยบาย สุขภาพจิตและยาเสพติด

30 P

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการตัดตาม (Retention Rate)



## 3 นโยบาย หมอไม่ล่า ประชานไม่รอ

15 P

ร้อยละ 15 ของการจองคิวนัดหมายออนไลน์ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป

15 P

ร้อยละ 15 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล(Telemedicine)ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป

\*\* หมายเหตุ : ใช้เป็นตัวชี้วัดประกอบการพิจารณาการบริหารวงเงิน และการเลื่อนเงินเดือน นำมาสมทบทุกตัวชี้วัด

รวม 100 คะแนน

# แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี 2569

## ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย



### 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 18 KR's

#### 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต ทุกกลุ่มวัย

- KR1** ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
- KR2** ระดับความสำเร็จการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 5 ปี และฟื้นฟูดีไม่มีพ
- KR3** ระดับความสำเร็จของการดำเนินการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- KR4** ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน

#### 2. การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

- KR5** ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
- KR6** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง 1-18 ปี) และการจัดอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)
- KR7** ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP)

#### 3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

- KR8** ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- KR9** ระดับความสำเร็จการพัฒนาบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
- KR10** ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- KR11** ระดับความสำเร็จของผู้พยายายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
- KR12** ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
- KR13** มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC
- KR14** ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

#### 4. การพัฒนาการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

- KR15** ระดับความสำเร็จหน่วยบริการที่ผ่านมาตรฐานมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
- KR16** หน่วยงานในสังกัด สสจ. ชลบุรี ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (Integrity and Transparency Assessment: ITA)
- KR17** ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)

#### 5. องค์การสมรรถนะสูง MOPH-4T และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- KR18** ร้อยละการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาคัญ จำนวน 18 KRs

KR	ตัวชี้วัด (ติดตาม)	ทง.เลข	อำเภอที่รับผิดชอบ
1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ส่งเสริม	
2	ระดับความสำเร็จการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี และพัฒนาดีไม่มีพ 2.1 ระดับความสำเร็จการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2.2 ร้อยละ เด็กอายุ 0 - 5 ปี พัฒาดีไม่มีพ	ส่งเสริม	
3	อัตราความรู้ถึงสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	ก้นดสาธารณสุข	เกาะจันทร์
4	ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ส่งเสริม	สัตหีบ
5	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ปฐนภูมิ	บ่อทอง
6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง1-18 ปี) และการจัดอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)	สิ่งแวดล้อม	
7	ครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP)	NCD1	
8	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ควบคุมโรคติดต่อ	เกาะสีชัง
9	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ปฐนภูมิ	พานทอง
10	ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	พัฒนาคุณภาพ	พนัสนิคม
11	ระดับความสำเร็จของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ติดตาม	ควบคุมโรคติดต่อ	ศรีราชา
12	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ค่าความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	NCD2	
13	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	NCD2	หนองใหญ่
14	ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	แพทย์แผนไทย	บ้านบึง
15	ระดับความสำเร็จหน่วยบริการที่ผ่านมาตรฐานรับรองโดยอย.ระดับสูง	คุ้มครองฯ	เมืองชลบุรี
16	หน่วยงาในสังกัด สสจ ชลบุรี ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	สุขภาพดิจิทัล	บางละมุง
17	ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)	บริหารฯ	
18	ร้อยละการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ประกัน	
		บุคคล	

\*\* หมายเหตุ : ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาคัญ นำเสนอเฉพาะอำเภอที่รับผิดชอบตัวชี้วัด

# ส่วนที่ 2

## รายละเอียดตัวชี้วัด

# **ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล**

## **4 ตัวชี้วัด**

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ชื่อแผนงาน : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : พัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1(PA) : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

ลักษณะการวัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : (✓) รพ. (✓) สสอ.

คำนิยาม :

**ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน**

กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้

(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือด ที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า  $\geq 126$  mg/dl

(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า  $\geq 110$  mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหาร มากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า  $\geq 126$  mg/dl

หมายเหตุ :

1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน

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

**การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย** หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566

หมายเหตุ:

กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

**ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

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

การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยัน วินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ ในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตาม มาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ :

การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย  $\geq$  ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตาม โดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM)  $\geq$  ร้อยละ 60 จากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผลการวัด แบบ HBPM กับ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	60.51	40.21	38.43
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	80.18	55.27	57.45

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	หมายเหตุ
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย โรคเบาหวาน	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$	
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง	$\geq 85\%$	$\geq 80\%$	ปรับลดเป้าหมาย

เกณฑ์การให้คะแนน :

**เชิงปริมาณ** กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผลสำเร็จการดำเนินงานผลรวม


- ระดับ รพ./สสอ. ตัวชี้วัดย่อยรวม 2 ตัว คิดค่าน้ำหนักรวม = 40 คะแนน

โดยคิดค่าน้ำหนักของ ช้อย่อยที่ 1-2 ช้อย่อย = 20 คะแนน

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
รพ./ สตอ.	1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	< 40.00%	40.00– 49.99%	50.00– 59.99%	60.00– 69.99%	≥ 70.00%
ร้อยละ 100	2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	< 50.00%	50.00– 59.99%	60.00– 69.99%	70.00– 79.99%	≥ 80.00%

แหล่งข้อมูล : - ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ (หากมี):

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud - แบบรายงานผลการดำเนินงาน NCDs Remission Clinic และผ่านแบบฟอร์ม google sheet – (สสจ. จัดส่งแบบให้ และสามารถปรับแบบได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล)
แหล่งข้อมูล 	- ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม, ระบบรายงานข้อมูล HDC (Template) - แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (CPG DM 2566) - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย - คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข - คู่มือประชาชน 3ส. 3อ. 1น. ของสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ( type area 1, 3 ) - ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใน NCD Clinic
<b>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</b>	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการ ตรวจยืนยันวินิจฉัย โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข สามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน ภายใน 1 – 180 วัน ก่อน สิ้นปีงบประมาณ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบวัด ความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการ สาธารณสุขเดิม (ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ ถูกต้องตามมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงใน ปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

หมายเหตุ : ตัวชี้วัด NCD Clinic ที่ดำเนินการปกติ

1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI  $\geq$  25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
7. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
8. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
9. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP)  $\geq$  180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิต ตัวล่างเฉลี่ย (DBP)  $\geq$  110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง
10. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
11. CKD 1.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk  $\geq$  20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4
13. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน (Quick Win)

เชิงปริมาณ			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน			
-	ร้อยละ $\geq$ 50	ร้อยละ $\geq$ 60	ร้อยละ $\geq$ 70
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
-	ร้อยละ $\geq$ 60	ร้อยละ $\geq$ 70	ร้อยละ $\geq$ 80

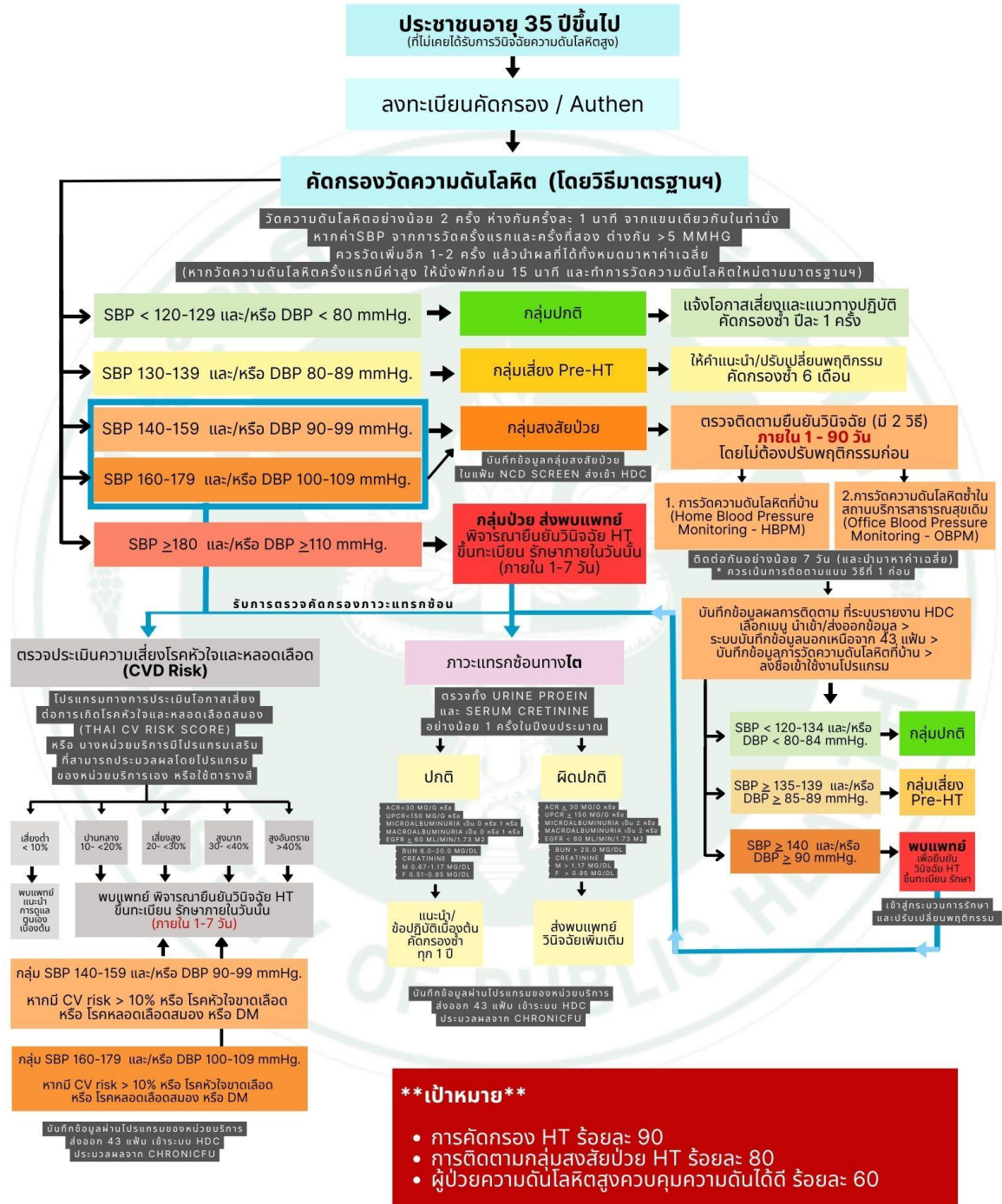




สาสมัคร ดี เก่ง สุข  
NCD1

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

### “ กระบวนการคัดกรอง/ค้นหา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ”



กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ (ภารกิจด้านควบคุมโรคไม่ติดต่อ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 0 3828 5511 ต่อ 2489  
ที่อยู่ 29/9 หมู่ 4 ถ.วาชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 20000



ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 2 (PA) : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)

ลักษณะการวัด : (✓) เเชิงปริมาณ ( ) เเชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : (✓) รพ. (✓) สสอ.

คำนิยาม :

ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	70 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	75 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	75 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนแปลงการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน

เกณฑ์การประเมิน : คะแนนรวม 100 คะแนน

ปี 2569: เกณฑ์ปริมาณ ร้อยละ 70

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤75	76-80	80-84	85-89	≥ 90

เกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 30 (คะแนนแต่ละข้อย่อยรวมกัน = 1)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1 คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานระดับ อำเภอ/ตำบล	มีระดับ 1 และ 1 มีแนวทาง/คู่มือ การ ส่งต่อ	มีระดับ 1 , 2 และ 1 ได้รับงบประมาณ สนับสนุนจาก อปท	มีระดับ 1 , 2 , 3 และ 1 มาตรการดูแล สุขภาพใจและภาวะ หมดไฟบุคลากร	มีระดับ 1-4 และ 1 มีนวัตกรรม 2 มีองค์ความรู้ใหม่หรือ ผลงานวิชาการ
2 บันทึกการประชุม ชี้แจงบทบาทหน้าที่ แก่คณะทำงาน	2. มีระบบ SMIV Fastrack	2 ข้อตกลงความ ร่วมมือ	2.รายงานการประชุม case conference	3 มีเครือข่ายแกนนำผู้ เลิกยาเสพติดที่ทำงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่
3 คำสั่งแต่งตั้ง ผู้รับผิดชอบงานยา เสพติด	3 นำเสนอข้อมูล ที่การวิเคราะห์	3 ฝึกซ้อมแผน ระงับเหตุรุนแรง	3 อัตราผู้ป่วยหยุด เสพต่อเนื่อง 1 ปี	4 อัตราผู้ป่วยหยุดเสพ ต่อเนื่อง 1 ปี มากกว่า ร้อยละ 80
4 การขอความ ช่วยเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 50 ของผู้เข้า รับการบำบัด	4 แผนพัฒนา กำลังคนด้านยา เสพติด/สรุปผล การพัฒนา บุคลากร	4 จัดตั้ง รพ.มินิ ธัญญารักษ์ ตาม นโยบายได้ตาม เป้าหมาย	4. ระบบเฝ้าระวัง ผู้ป่วยกลุ่ม SMIV ใน ชุมชน โดยชุมชนมี ส่วนร่วม	5 มีการประสานกับ ภาคเอกชนในพื้นที่ รับผู้ ผ่านการบำบัดเข้าทำงาน
5 อัตราผู้ป่วยหยุด เสพต่อเนื่อง 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 5	5 อัตราผู้ป่วย หยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 5-20	5 อัตราผู้ป่วยหยุด เสพต่อเนื่อง 1 ปี มากกว่าร้อยละ 20	5 ใช้งาน App ล้อม รั้ง ในการดูแล ผู้ป่วยยาเสพติด	

### วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงาน  
ในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) และจัดส่งเอกสารตามเกณฑ์คุณภาพ ให้กลุ่มงาน  
ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประเมินผล โดย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ (ภารกิจด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด)

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางสาวปณัฏช ฝินสู๋      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
- นางจิตรลดา ทิมาบุตร      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- นางพรทิพย์ เอ็มอ่อน      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : พัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล

ชื่อโครงการ : หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี

ตัวชี้วัดที่ 3(PA) : ร้อยละ 15 ของการจองคิวนัดหมายออนไลน์ คลินิกตรวจโรคทั่วไป

ลักษณะการวัด : ( ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

**การนัดหมายออนไลน์ (Online Appointment)** หมายถึง การให้บริการจองคิวนัดหมายผู้ป่วยนอก (OPD) ผ่านระบบดิจิทัล Super App ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หมอพร้อม Station หรือ App หมอพร้อม (MOPH Appointment) หรือช่องทางที่เชื่อมโยงกับระบบ ดังกล่าว (เช่น Web / Mobile Application / LINE OA) โดยข้อมูลการจองจะถูกบันทึก ลงฐานข้อมูลกลาง และเชื่อมต่อ HIS ของโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบ SLOT/สถานะนัดหมาย และส่งต่อสรุปผลเข้าสู่ MOPH Appointment Data HUB เพื่อใช้ในการคำนวณ KPI รายวัน/รายเดือน และสรุปผลรายไตรมาสในระดับจังหวัด

ขอบเขตการประเมิน :

โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในจังหวัดชลบุรีจำนวน 12 แห่ง (รพศ./รพท./รพช.) โดยประเมินผลการจองคิวนัดหมายออนไลน์เทียบกับจำนวน SLOT ที่เปิดให้บริการในแต่ละโรงพยาบาล การดำเนินงานยึดหลัก “หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี” โดยมุ่งลดความแออัด ลดเวลารอคอย และลดภาระงานบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านการบริหารจัดการคิวอย่างเป็นระบบและเหมาะสม พร้อมทั้งเชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี ตั้งแต่การจองคิว การยืนยันสิทธิ การแจ้งเตือนนัด การส่งต่อข้อมูลกับระบบ HIS และการสรุปผลระดับจังหวัดผ่าน หมอพร้อม Station และ MOPH Appointment Data HUB เพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และตรวจสอบย้อนหลังได้

เกณฑ์ PLUS (Function นัดหมายออนไลน์) :

การยกระดับระบบนัดหมายออนไลน์ ตามคุณลักษณะ การให้บริการ (PLUS) แบ่งเป็นระดับ Primary / LITE / Upgrade / Superior ตามแนวทางสำนักสุขภาพดิจิทัล โดยตัวชี้วัดนี้ใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนความสำเร็จดังนี้

- ร้อยละ 5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE และมีจองคิวผ่านระบบนัดหมาย Online
- ร้อยละ 10 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE หรือ UPGRADE และมีจองคิวผ่านระบบนัดหมาย Online ร้อยละ 10
- ร้อยละ 15 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE หรือ UPGRADE, SUPERIOR และมีจองคิวผ่านระบบนัดหมาย Online

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละ 15 ของการจองคิวนัดหมายออนไลน์ คลินิกตรวจโรคทั่วไป รพศ. รพท. รพช.	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงคุณภาพ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
ร้อยละ 5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE และมีจองคิวผ่านระบบนัดหมาย Online จำนวน 4 คลินิก	12 แห่ง		
ร้อยละ 10 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE หรือ UPGRADE และมีจองคิวผ่านระบบ นัดหมาย Online จำนวน 4 คลินิก	12 แห่ง		
ร้อยละ 15 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ PLUS ระดับ LITE หรือ UPGRADE, SUPERIOR และ มีจอง คิว ผ่านระบบนัดหมาย Online จำนวน 4 คลินิก	12 แห่ง		

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ

$$\text{ร้อยละการจองคิว  
นัดหมาย ONLINE (C)} = \frac{\text{จำนวนคนที่จองคิว  
ผ่านระบบนัดหมาย ONLINE (ราย)  
(A)}}{\text{จำนวน SLOT ที่โรงพยาบาลเปิดรับนัดหมาย  
ผ่านระบบ ONLINE  
(B)}} \times 100$$

แหล่งข้อมูล : หมอพร้อม Station หรือ MOPH Appointment

รายการข้อมูล : 1 A = จำนวนคนที่จองคิวผ่านระบบนัดหมาย Online(ราย)

รายการข้อมูล : 2 B = จำนวน SLOT ที่โรงพยาบาลเปิดนัดหมายผ่านระบบ Online

สูตรคำนวณ (A/B) x 100

หมายเหตุ ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น

ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 4 เดือน	รอบ 8 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5 ของการจองคิวนัดหมาย Online ในคลินิกที่เปิดให้บริการจำนวน 4 คลินิก	ร้อยละ 10 ของการจองคิวนัดหมาย Online ในคลินิกที่เปิดให้บริการจำนวน 4 คลินิก	ร้อยละ 15 ของการจองคิวนัดหมาย Online ในคลินิกที่เปิดให้บริการจำนวน 4 คลินิก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จาก Dashboard และ Application ในการประเมินตนเอง
2. จาก Dashboard ระบบนัดหมาย Online และ Web ที่สำนักงานสาธารณสุขพัฒนา
3. จากเกณฑ์มาตรฐาน PLUS (Function นัดหมายออนไลน์)
4. กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประสานกับสำนักงานสุขภาพดิจิทัล รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับ ผ่าน Dashboard

แหล่งข้อมูล :

จากหน้า Dashboard สรุปผลการจองคิวนัดหมาย Online ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปี 2569  
จากหน้า Dashboard สรุปการจองออนไลน์ หมอพร้อม Station ประจำปี 2569  
จากเกณฑ์มาตรฐาน PLUS (Function นัดหมายออนไลน์)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายเดชา รักจรรยาบรรณ

เบอร์ติดต่อ : 081 575 9375

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : น.ส.บุศรินทร์ ถิ่นสูง

เบอร์ติดต่อ : 089 663 5894

E-mail : budsarin80@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : พัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล ”

ชื่อโครงการ : หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี

ตัวชี้วัดที่ 4(PA) : ร้อยละ 15 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป

ลักษณะการวัด : ( ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของสถานบริการแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อจัดบริการให้ คำปรึกษาแนะนำ การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพติดตามเยี่ยม บ้านและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข ซึ่งเป็นการให้บริการระหว่างหน่วยหน่วยบริการกับผู้รับบริการหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และระหว่างโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต.หรือ สถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยระบบงานที่มีการนำดิจิทัลหรืออาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการจัด ให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มโรคและกลุ่มอาการของโรคตามความเห็นของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสอดคล้อง ตามบริบทของพื้นที่ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2564)

ขอบเขตการประเมิน :

โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในจังหวัดชลบุรีจำนวน 12 แห่ง (รพศ./รพท./รพช.) โดยประเมินผลการใช้ระบบแพทย์ทางไกล(Telemedicine)ในคลินิกตรวจโรคทั่วไปเทียบกับจำนวนผู้รับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกที่เปิดให้บริการในแต่ละโรงพยาบาลการดำเนินงาน ยึดหลัก “หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี” โดยมุ่งลดความแออัด ลดเวลารอคอย และลดภาระงานบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านการบริหารจัดการใช้ระบบแพทย์ทางไกล(Telemedicine)ในคลินิกตรวจโรคทั่วไปอย่างเป็นระบบและเหมาะสม พร้อมทั้งเชื่อมต่อ ทุกบริการด้วยเทคโนโลยี ตั้งแต่การจองคิว การยืนยันสิทธิ การแจ้งเตือนนัด การส่งต่อข้อมูลกับระบบ HIS และสรุปผลระดับจังหวัดผ่าน หมอพร้อม Station, สอน.บัดดี้ DMS, LINE, HDC หรือ Application อื่นๆ เพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และตรวจสอบย้อนหลังได้

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละ 15 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine)ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป รพศ. รพท. รพช.	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงคุณภาพ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
ร้อยละ 5 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป รพศ. รพท. รพช.	12 แห่ง (ต.ค.68-ม.ค.69)		
ร้อยละ 10 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป รพศ. รพท. รพช.	12 แห่ง (ก.พ.69-พ.ค.69)		
ร้อยละ 15 ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในคลินิกตรวจโรคทั่วไป รพศ. รพท. รพช.	12 แห่ง (มิ.ย.69-ก.ย.69)		

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ โดย ประเมินจำนวนครั้งการให้บริการแพทย์ทางไกลในคลินิกตรวจโรคทั่วไปทั้งหมด ของหน่วยบริการ คือ รพศ, รพท, รพช, ค่าเป้าหมายร้อยละ 15

แหล่งข้อมูล : HIS และสรุปผลระดับจังหวัดผ่านมอพร้อม Station, สอน. บัดดี้ DMS, LINE, HDC หรือ Application อื่นๆ

รายการข้อมูล : 1 A = จำนวนครั้งที่ให้บริการแพทย์ทางไกลในคลินิกตรวจโรคทั่วไป (ราย)

รายการข้อมูล : 2 B = จำนวนผู้รับบริการในคลินิกตรวจโรคทั่วไปทั้งหมด(ราย)

สูตรคำนวณ  $(A/B) \times 100$

หมายเหตุ ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น

ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จาก Dashboard และ Application HDC
2. จาก Dashboard ระบบแพทย์แพทย์ทางไกล จาก Web ที่สำนักงานสาธารณสุขชลบุรี พัฒนาขึ้น

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายเดชา รักจรรยาบรรณ

เบอร์ติดต่อ : 081 575 9375

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศรัณย์ญดา สวนศิริ

เบอร์ติดต่อ : 064 542 3555

E-mail : bensryt@gmail.com

**ตัวชี้วัดขับเคลื่อนการดำเนินงาน  
เพื่อพัฒนาระบบบริการและแก้ไขปัญหาสำคัญ**

**18 ตัวชี้วัด**

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1**  
**การพัฒนาคุณภาพชีวิต**  
**ทุกกลุ่มวัย**  
**(ตัวชี้วัดที่ 1-4)**

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ชื่อแผนงาน : แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์

ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : (✓) คปสอ.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูล บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

วิธีการประเมินผล : ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

คำนิยาม : หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดเพื่อเฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ อันนำไปสู่การลดการตายของมารดาและทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

หมายเหตุ : อ้างอิงจาก 43 แฟ้ม

หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยในเขตรับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการประกอบด้วย

- 1) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (type area 1)
- 2) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มารับบริการคลอด (type area 3)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์	ร้อยละ	71.46	58.08	52.2

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์เป้าหมาย		
		2567	2568	2569
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์	ร้อยละ	75	75	75

การประเมินผลและการให้คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. การประเมินผลเชิงปริมาณ คะแนนเต็ม 5 คะแนน (ค่าน้ำหนัก 70)

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

A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)

B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลจากแฟ้ม Labor)

ตารางที่ 1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์

ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์	ร้อยละ 15 - 29	ร้อยละ 30 - 44	ร้อยละ 45 - 59	ร้อยละ 60 - 74	ร้อยละ 75 ขึ้นไป

2. การประเมินผลเชิงคุณภาพ คะแนนเต็ม 5 คะแนน (ค่าน้ำหนัก 30)

มาตรการหลัก/กระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และนำเข้าสู่ระบบบริการ
2. บูรณาการขับเคลื่อนการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระดับอำเภอ

ตารางที่ 2 กระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ

ด้านที่ประเมิน	หัวข้อการประเมิน
การให้บริการสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์เร็ว
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	ระบบงานและการจัดการข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	- มีคณะกรรมการ MCH ขับเคลื่อนการฝากครรภ์ระดับอำเภอ/จังหวัด - มีแผนขับเคลื่อนและติดตามผลทุก 6 เดือน - ผู้บริหารสนับสนุนการบูรณาการทุกภาคส่วน

ตารางที่ 3 เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks

ด้าน	หัวข้อประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 คะแนน	เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประเมิน
การให้บริการ สุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์เร็ว	- ไม่มีแผนการ ดำเนินงาน	- มีแผนการทำงาน แต่ยังขาดการ ดำเนินงานจริง	- มีแผนและมีการ ดำเนินงานเพียง บางส่วน	- มีแผนและมีการ ดำเนินงานที่เชื่อมโยง ครบวงจรมีประสิทธิภาพ	- มีแผนและมีการ ดำเนินงานที่เชื่อมโยง ครบวงจรมีประสิทธิภาพ เครือข่ายเข้มแข็ง	- แผน/แนวทางการ ดำเนินงานใน รูปแบบภาคี เครือข่าย - กระบวนการ แนวทางการค้นหาหญิง ตั้งครรภ์
		- ไม่มีการค้นหา หญิงตั้งครรภ์	- มีแนวทางแต่ไม่มี การปฏิบัติจริง	- มีการค้นหาหญิง ตั้งครรภ์บางพื้นที่	- มีการค้นหาหญิง ตั้งครรภ์ในพื้นที่	- มีการค้นหาหญิง ตั้งครรภ์ในระดั ภาคีเครือข่าย	- ทะเบียนหญิง ตั้งครรภ์เข้ารับ บริการ
		- มีการให้บริการ ฝากครรภ์บาง ระยะ/บางส่วน	- มีการให้บริการ บางระยะ/บางส่วน	- มีการให้บริการ ฝากครรภ์	- มีการให้บริการ ฝากครรภ์	- มีการให้บริการ ฝากครรภ์ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในหน่วยบริการ	- รายงานการ ติดตามและส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์
		- ไม่มีระบบติดตาม และส่งต่อหญิง ตั้งครรภ์	- มีระบบติดตาม หญิงตั้งครรภ์แต่ ขาดการส่งต่อ	- มีระบบติดตาม ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ครบถ้วน	- มีระบบติดตาม ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ครบถ้วน	- มีระบบติดตาม ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ที่เชื่อมโยงทั้งระบบ	

ด้าน	หัวข้อประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 คะแนน	เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประเมิน
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	ระบบงานและการจัดการข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการลงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ในฐานข้อมูล HDC แต่ยังไม่ครบถ้วน</li> <li>- ไม่มีระบบการ จัดเก็บและติดตาม ตรวจสอบข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการลงข้อมูลในฐานข้อมูล HDC แต่ยังไม่ครบถ้วน</li> <li>- มีระบบการ จัดเก็บและรายงาน ข้อมูลแต่ไม่มีการ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการลงข้อมูลในฐานข้อมูล HDC ครบถ้วน</li> <li>- มีระบบการ จัดเก็บและรายงาน ข้อมูลได้ครบถ้วน สามารถตรวจสอบ ความถูกต้องของ ข้อมูลบางส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการลงข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ใน ฐานข้อมูล HDC ครบถ้วน ทันเวลา</li> <li>- มีระบบการ จัดเก็บและรายงาน ข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง สามารถ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์</li> <li>- รายงานการ ตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูล (Data Quality Audit) ความครบถ้วน ถูกต้อง</li> <li>- รายงานการ วิเคราะห์แนวโน้ม และถอดบทเรียน</li> <li>- แผนพัฒนาและปรับปรุงบริการ</li> </ul>	

ด้าน	หัวข้อประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 คะแนน	เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประเมิน
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ MCH ขับเคลื่อนการฝากครรภ์ระดับอำเภอ/จังหวัด</li> <li>มีแผนขับเคลื่อนและติดตามผลทุก 6 เดือน</li> <li>ผู้บริหารสนับสนุนการบูรณาการทุกภาคส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ มีกลไกในเชิงเอกสาร ไม่ได้ดำเนินงานจริง</li> <li>ไม่มีการติดตามผล หรือรายงานผลย้อนหลังเกิน 1 ปี</li> <li>ผู้บริหารไม่รับรู้ หรือไม่ให้ความสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ และกลไกการดำเนินงานแต่ยังขาดความต่อเนื่อง และภาวะผู้นำเชิงนโยบาย</li> <li>มีแผนขับเคลื่อน แต่ยังไม่มีการติดตามผลหรือรายงานผลทุกภาคส่วน</li> <li>มีการติดตามผลเป็นรายงานเชิงปริมาณ มากกว่าเชิงวิเคราะห์</li> <li>ผู้บริหารให้การสนับสนุนบางส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ และกลไกดำเนินงานเข้มแข็งมีการติดตามแผน และรายงานผลต่อผู้บริหาร</li> <li>บูรณาการการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงทุกภาคส่วน</li> <li>ประชุมติดตามทุก 6 เดือน</li> <li>ผู้บริหารให้การสนับสนุนทุกภาคส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ และกลไกการดำเนินงานเข้มแข็ง ติดตามแผนและผลต่อเนื่อง</li> <li>ประชุม MCH 2 ครั้งปี</li> <li>ดำเนินการเชิงรุก บูรณาการงานทุก ระดับ ติดตามผลทุก 6 เดือน พร้อมรายงานผลและวิเคราะห์เชิงลึก</li> <li>ผู้บริหารให้การสนับสนุนทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งคณะกรรมการ ระดับอำเภอ/จังหวัด</li> <li>รายงานการประชุม/ติดตาม</li> <li>รายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>ภาพกิจกรรม</li> <li>บูรณาการ</li> <li>-แผนยุทธศาสตร์องค์กร</li> </ul>	

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

- 1) คะแนนรวม 15 คะแนน ประกอบด้วยหัวข้อการประเมินทั้งหมด 3 หัวข้อ
  - 2) คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อการประเมิน = 5 คะแนน
- ดังนั้น คะแนนรวม 3 หัวข้อ = 15 คะแนน ในการประเมินรวมทุกหัวข้อ
- 3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของหัวข้อการประเมิน (3 หัวข้อ)
- (คะแนนหัวข้อ1 + คะแนนหัวข้อ2+ คะแนนหัวข้อ3) ÷ 3 = คะแนนเฉลี่ยรวมทุกหัวข้อ
- เช่น (3+4+3) ÷ 3 = 3.33 คะแนน

หลักการคิดคะแนน สัดส่วน 70 : 30 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

การคิดคะแนนเชิงปริมาณ 70 %	การคิดคะแนนเชิงคุณภาพ 30 %	คะแนนเต็ม 5 คะแนน
คะแนนที่ได้ x 0.7 = Score	คะแนนเฉลี่ยที่ได้ x 0.3	คะแนนเชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล เบอร์ติดต่อ 081-5902907  
นางณัฐนิชา วัฒนา(กลุ่มวัยแม่และเด็ก) เบอร์ติดต่อ 097-1011514  
Email : [healtprocbo@gmail.com](mailto:healtprocbo@gmail.com)

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)

ชื่อแผนงาน : แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดที่ 2 (2.1) : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ลักษณะตัวชี้วัด : ( ✓ ) เชิงปริมาณ ( ✓ ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ✓ ) คปสอ.

คำนิยาม :

- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน นับถึงสิ้นปีงบประมาณ

- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)

- การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type area1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type area3: ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

- พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้านทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

- พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้านเฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

- เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202,1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	ค่า เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
ร้อยละพัฒนาการสมวัย (หารด้วยจำนวนเด็กทั้งหมด)	≥ ร้อยละ 87	81.43	84.86	80.77	54.41	58.02

ตาราง ค่าเป้าหมาย

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

**วัตถุประสงค์ :** 1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย  
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ  
3. ส่งเสริมให้เกิดวางแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครอง

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :** เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ตามกลุ่มอายุดังนี้

- 1) อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน
- 2) อายุ 18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน
- 3) อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน
- 4) อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน
- 5) อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล :** สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HOSXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

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

**สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ**

$$\frac{(A9+a9)+(A18+a18)+(A30+a30)+(A42+a42)+(A60+a60)}{B} \times 100$$

**รายการข้อมูล 1 A =** จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก

**a =** จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)

**รายการข้อมูล 2 B =** จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง (Type 1) และที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type 3) ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ ตามกรอบแนวคิด PIRAB (Partner, Intervention, Resource, Advocacy, Building Capacity)

1. P – Partner (การมีส่วนร่วมของเครือข่าย) มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ

2. I – Intervention and Investment (ระบบบริการและการจัดการ) มุ่งเน้นการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และรวดเร็ว ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

3. R – Regulate (กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล) การควบคุมและกำกับดูแลการจัดการข้อมูลเทคโนโลยี และงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

4. A – Advocacy (การสื่อสารและผลักดันนโยบาย) การขับเคลื่อนเชิงสังคมและนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญของงานพัฒนาการเด็ก

5. B – Building Capacity (การพัฒนาศักยภาพคน) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

หลักการให้คะแนน การประเมินคะแนนเชิงปริมาณระบบ Hybrid (น้ำหนัก 70%)

เกณฑ์นี้จะประเมินโดยให้พื้นที่เลือกใช้ “ฝั่งที่คะแนนสูงกว่า” ระหว่างความสำเร็จตามเป้าหมาย (Achievement) หรือความพยายามในการพัฒนา (Effort) เพื่อสนับสนุนทุกสภาพพื้นที่

คะแนนรวม (Base Score)	ฝั่ง A: ผลสัมฤทธิ์ (Achievement)	ฝั่ง B: ความพยายาม (Effort)
10	≥ 88.0% (บรรลุเป้าหมาย)	(ใช้คะแนนฝั่ง A เมื่อบรรลุเป้าหมาย)
9	87.0% - 87.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ≥ 2.5%
8	86.0% - 86.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ≥ 2.0%
7	85.0% - 85.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ≥ 1.5%
6	84.0% - 84.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ≥ 1.0%
5	83.0% - 83.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ≥ 0.5%
4	82.0% - 82.9%	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน 0.01% - 0.49%
3	81.0% - 81.9%	ผลงานเท่าเดิม (0%)
2	80.0% - 80.9%	ผลงานลดลงไม่เกิน 1.0%
1	< 80.0%	ผลงานลดลงมากกว่า 1.0%

#### สูตรการคำนวณ

$$\text{Score} = (\text{Max Score (A, B)}) \times 0.7$$

#### ตัวอย่างการคำนวณ

• อำเภอ X: ผลงานปี 2569 ได้ 68.5% (ฝั่ง A = 8 คะแนน) แต่เมื่อเทียบกับปี 2568 แล้วเพิ่มขึ้น 1.7% (ฝั่ง B = 7 คะแนน)

• การคิดคะแนน: เลือก 8 คะแนน (จากฝั่ง A ที่สูงกว่า) = 8.0 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน)

คะแนนสุทธิ :  $8.0 \times 0.7 = 5.6$  คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ตามกรอบแนวคิด PIPAB

รายละเอียดองค์ประกอบ PIRAB	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรฐานหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
1. Partner : มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	1.มีเครือข่ายระดับนโยบาย : โดยใช้กลไกคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ	ไม่มีกลไกคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ	มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ - แต่ไม่มีการประชุม	มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ - และมีการประชุม ไม่สม่ำเสมอ (มีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี) เพื่อรับทราบบทบาท หน้าที่ และแนวทางการดำเนินงาน	มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ -และมีมีการประชุม ติดตามการดำเนินงานต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี) และมีอาหารหรือกำหนดแนวทางหรือวางแผนการดำเนินงานด้าน พัฒนาการเด็ก 0-5 ปีร่วมกัน	มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ - มีการประชุม ติดตามการดำเนินงานต่อเนื่อง (2 ครั้ง/ปี ขึ้นไป) โดยใช้เวที MCH Board เป็นกลไกหลักในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เกิดการขับเคลื่อนระบบอย่างเป็นรูปธรรม	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - มีรายงานประชุม MCH Board - รายงานการประชุมประเด็นพัฒนาการเด็กปฐมวัย - ภาพกิจกรรม

	<p>2.เครือข่าย ประสาน ความร่วมมือกับ รพ.สต.</p>	<p>ไม่มีแนวทางการ ประสาน ความร่วมมือกับ รพ.สต.</p>	<p>มีการจัดตั้งกลไก การดำเนินงาน ร่วมมือกับ รพ.สต. แต่ไม่มีแผนปฏิบัติการ ในการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก ที่ชัดเจน ในการประสาน ความร่วมมือ กับ รพ.สต.</p>	<p>มีการจัดตั้งกลไก การดำเนินงาน ร่วมมือกับ รพ.สต. มีแผนขับเคลื่อน งานพัฒนาการเด็ก ร่วมกับ รพ.สต.</p>	<p>มีการจัดตั้งกลไก การดำเนินงาน ร่วมมือกับ รพ.สต. มีแผนขับเคลื่อน งานพัฒนาการเด็ก ร่วมกับ รพ.สต. โดย มีแผนปฏิบัติการ ที่ระบุบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป้าหมายและ ตัวชี้วัด ความสำเร็จ ร่วมกับ รพ.สต. ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริม พัฒนาการเด็ก มีส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก</p>	<p>มีการจัดตั้งกลไก การดำเนินงาน ร่วมมือกับ รพ.สต. มีแผนขับเคลื่อน งานพัฒนาการเด็ก ร่วมกับ รพ.สต. โดยมีแผนปฏิบัติ การ ที่ระบุบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป้าหมายและ ตัวชี้วัด ความสำเร็จ ร่วมกับ รพ.สต. ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริม พัฒนาการเด็ก มีส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก - มีการกำกับ ติดตามประเมินผล และแก้ไขปัญหา</p>	<p>- การกำกับติดตาม ประเมินผล แล แก้ไขปัญหา การดำเนินงาน - แนวทางหรือกลไก ขับเคลื่อน การดำเนินงาน พัฒนาการเด็ก ร่วมกับ รพ.สต. - แผนปฏิบัติการ ขับเคลื่อนงาน พัฒนาการเด็ก ร่วมกับ รพ.สต. - แผนปฏิบัติการ ขับเคลื่อนงาน พัฒนาการเด็ก ร่วมกับรพ.สต., - ภาพกิจกรรม เกี่ยวกับ การส่งเสริม พัฒนาการเด็กร่วม กับรพ.สต.</p>
--	---	--	--	---	--	---	---

	<p>3. เครือข่ายระดับบูรณาการการทำงานร่วมกับ ศพด. เนอสเซอรี่ และโรงเรียนอนุบาล เพื่อช่วยติดตาม เด็กกลุ่มเสี่ยง เด็กที่ขาดน้ำดื่มให้เข้าสู่ระบบการดูแล</p>	<p>ไม่มี การติดตาม ส่งต่อ หรือให้ คำแนะนำใน การดูแลเด็กที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้ คำแนะนำใน การดูแลเด็กที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>	<p>มีแผนการติดตาม ส่งต่อ หรือให้คำแนะนํา ในการดูแลเด็กที่มี พัฒนาการสงสัย ล่าช้า</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

<p>2.Intervention and Investment : (ระบบบริการและการจัดการ)</p>	<p>4. มีการเร่งรัด การคัดกรอง พัฒนาการเด็ก ตามกลุ่มอายุสำคัญ 5 ช่วงวัย (9, 18,30, 42, 60 เดือน) ให้ ครบคลุม</p>	<p>- ไม่มีการตั้ง ข้อมูล Data exchange เป้าหมาย และติดตามผล การดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการ เคลียร์ Type ประชากร -อัตราการค้ากรอง ต่ำ &lt; 50%)</p>	<p>- มีการตั้งข้อมูล Data exchange เพื่อดูเป้าหมาย และติดตามผล การดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการ เคลียร์ Type ประชากร - อัตราการค้ากรอง 50% – 70</p>	<p>- มีการตั้งข้อมูล Data exchange เพื่อดูเป้าหมาย และติดตามผล การดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการ เคลียร์ Type ประชากร -มีการติดตามผล การคัดกรองอย่างเป็นระบบ - อัตราการค้ากรอง 71% – 80%</p>	<p>- มีการตั้งข้อมูล Data exchange เพื่อดูเป้าหมาย และติดตามผล การดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการ เคลียร์ Type ประชากร - มีการใช้ข้อมูล คัดกรองและข้อมูล ประชากร วางแผนเข้าถึงเด็ก กลุ่มประชากรแฝง - อัตราการค้ากรอง 81% – 90%</p>	<p>- มีการติดตามเชิงรุก เด็กกลุ่มเสี่ยงและ เด็กขาดไม้ได้รับการดูแลครบถ้วน และสามารถ เชื่อมโยงเข้าสู่ระบบ บริการได้อย่าง ต่อเนื่อง</p>	<p>ศพด., เนอสเซอร์, โรงเรียนอนุบาล</p>
							<p>- รายงานผล การคัดกรอง เด็ก 0-5 ปี - แผนการค้นหา และเข้าถึงเด็ก ปฐมวัยในกลุ่ม ประชากรแฝง (เช่น เด็กในชุมชน, เด็กในพื้นที่ ที่มีการย้ายถิ่นสูง)</p>

	<p>5. มีระบบการติดตามเด็กที่ส่งสัย พัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการกระตุ้น และประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน</p>	<p>ไม่มีระบบการติดตามเด็กส่งสัยล่าช้า</p>	<p>เริ่มมีการติดตามและกระตุ้น พัฒนาการ แต่อัตราการติดตามและ Reassessment (ภายใน 30 วัน) <math>\geq</math> 60%</p>	<p>มีการติดตามและกระตุ้น พัฒนาการ แต่อัตราการติดตามและ Reassessment (ภายใน 30 วัน) <math>\geq</math> 70%</p>	<p>มีการติดตามและกระตุ้น พัฒนาการ มีระบบส่งต่อชัดเจน อัตราการติดตามและ Reassessment (ภายใน 30 วัน) <math>\geq</math> 80%</p>	<p>มีการติดตามและกระตุ้น พัฒนาการ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสูง อัตราการติดตามและ Reassessment (ภายใน 30 วัน) <math>\geq</math> 90%</p>	<p>- แนวทางการติดตามและกระตุ้น (Follow-up &amp; Stimulation) (Referral Guideline) เด็กที่ส่งสัยพัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการกระตุ้นและประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน</p> <p>- รายงานผลการติดตามพัฒนาการเด็กส่งสัยล่าช้า</p>
	<p>6. ระบบส่งต่อ (Referral System) ไปยังคลินิก หรือ Node กระตุ้น พัฒนาการที่ชัดเจน</p>	<p>ไม่มีระบบส่งต่อ (Referral System) ที่ชัดเจน</p>	<p>มีระบบส่งต่อ/คลินิก กระตุ้นพัฒนาการ ยังไม่เป็นทางการ</p>	<p>มีระบบส่งต่อ/คลินิก กระตุ้นพัฒนาการ เป็นทางการ</p>	<p>มี Referral System ไปยังคลินิกกระตุ้น พัฒนาการ ที่ชัดเจนครบถ้วน</p>	<p>มีระบบส่งต่อ/กระตุ้น ทำงานได้รวดเร็ว และมี ประสิทธิภาพสูง</p>	<p>- หลักฐานการส่งต่อข้อมูล/เด็ก ไปยังคลินิกกระตุ้น พัฒนาการ</p> <p>- บัญชีรายชื่อ/ชุด ความสามารถของคลินิกกระตุ้น พัฒนาการในพื้นที่ (Node)</p>

	7. มีการคัดกรอง ภาวะซีด 6 - 12 เดือน และการจ่าย ยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6-12 เดือน	ไม่มีแนวทาง ปฏิบัติ ในการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการจ่ายยา เสริมธาตุเหล็กใน เด็ก 6-12 เดือน	มีแนวทางปฏิบัติ ในการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการจ่ายยา เสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก 6-12 เดือน และมีการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการ จ่ายยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6-12 เดือน ครอบคลุม ≥ 70%	มีแนวทางปฏิบัติ ในการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการจ่ายยา เสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก 6-12 เดือน และมีการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการ จ่ายยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6-12 เดือน ครอบคลุม ≥ 80 %	มีแนวทางปฏิบัติ ในการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการจ่ายยา เสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก 6-12 เดือน และมีการคัดกรอง ภาวะซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการ จ่ายยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6-12 เดือน ครอบคลุม ≥ 80 %	- แนวทางการ คัดกรองภาวะซีด 6- 12 เดือน และการ จ่ายยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6 - 12 เดือน - รายงาน การคัดกรองภาวะ ซีดในเด็ก 6 - 12 เดือน และการจ่าย ยาต้านเสริมธาตุ เหล็กในเด็ก 6-12 เดือน จากระบบ HDC
R - Regulate (กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการ ข้อมูล)	8. มีการประเมิน มาตรฐาน WCC (Well Child Clinic)	ไม่ทราบเรื่อง มาตรฐาน WCC	รับทราบมาตรฐาน WCC แต่ ไม่ได้ใช้ประเมิน	มีการใช้กลไก คณะกรรมการ MCH Board ระดับ อำเภอ ในการกำกับ ติดตามให้ รพ., รพ.สต.,	มีการใช้กลไก คณะกรรมการ MCH Board ระดับ อำเภอ ในการกำกับ ติดตามให้ รพ., รพ.สต.,	- รายงานผลการ ประเมินตนเอง (Self Assessment) - ผลการประเมิน WCC - ผลการประเมิน สพด. ตาม มาตรฐานสถาน





	11. งบประมาณ (Funding)	-ไม่มีงบประมาณสนับสนุนงานพัฒนาการเด็กที่จัดสรรโดยตรง - ผู้บริหาร/หน่วยงาน ไม่มีส่วนสนับสนุนทรัพยากรอื่น ๆ	- มีการใช้งบประมาณ ตามโครงการ แต่ไม่ต่อเนื่อง หรือ จัดสรรเฉพาะหน้า ตามเหตุการณ์	- มีงบประมาณประจำปีสำหรับการดำเนินงานในหน่วยงาน สธ. แต่ยังไม่ได้เชื่อมโยงกับหน่วยงานนอก สธ.	- มีงบประมาณประจำปีสำหรับการดำเนินงาน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานนอก สธ.	- มีแผนปฏิบัติการร่วม 3 ปี ที่ระบุชัดเจน และเชื่อมโยงกับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานภายนอก สธ. เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางการเงิน	- แผนงาน/โครงการ ที่ระบุแหล่งที่มาและยอดเงินงบประมาณที่ใช้ในงานพัฒนาการเด็ก - บันทึกการประชุม/รายงานการขอ/การสนับสนุนทรัพยากรจากผู้บริหารหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่
4. A –Advocacy (การสื่อสารและผลักดันนโยบาย	12. มีนำเสนอ ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหา พัฒนาการเด็กต่อที่ประชุมระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้บริหารตระหนักและกำหนดเป็นวาระสำคัญของพื้นที่	ไม่มีกิจกรรม การสร้างความตระหนักหรือรับรู้ถึงความสำคัญ ของงานพัฒนาการเด็ก และประเด็นพัฒนาการเด็ก ไม่ถูกบรรจุในวาระสำคัญ	เริ่มมีกิจกรรม เฉพาะหน้า มีการจัดกิจกรรมสร้าง ความตระหนักตาม วาระสำคัญ แต่ไม่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมยังจำกัดอยู่ในกลุ่มบุคลากร	มีการจัดกิจกรรม สร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการ สาธารณะอย่างสม่ำเสมอตาม แผนงานที่กำหนด และมีภาคีเครือข่าย นอก สธ. บางส่วน เข้าร่วมร่วมจัด กิจกรรม	มีการจัดกิจกรรม สร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการ สาธารณะอย่างสม่ำเสมอตาม แผนงานที่กำหนด และมีภาคีเครือข่าย นอก สธ. เข้าร่วมร่วมจัด กิจกรรม	มีการจัดกิจกรรม สร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการ สาธารณะอย่างสม่ำเสมอตาม แผนงานที่กำหนด และมีภาคีเครือข่าย นอก สธ. เข้าร่วมร่วมจัด กิจกรรม	งานพัฒนาการเด็ก ถูกบรรจุเป็นนโยบาย สาธารณะ (Public Policy)



	<p>13. การสื่อสารสังคม (Social Communication):</p> <p>รณรงค์ให้พ่อแม่ผู้ปกครองและชุมชน เห็นความสำคัญของการคัดกรองพัฒนาการ</p>	<p>ไม่มีช่องทาง/สื่อสารสาธารณะที่เป็นระบบการให้ข้อมูล เน้นเฉพาะในหน่วยบริการเท่านั้น</p>	<p>- มีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ เรื่องพัฒนาการเด็ก เป็นครั้งแรกผ่านช่องทาง โฆษณามีเดีย ของหน่วยงาน - ขาดการสร้าง Key Message ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่</p>	<p>- มีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ เรื่องพัฒนาการเด็ก ผ่านช่องทาง โฆษณามีเดีย ของหน่วยงาน - มีการพัฒนาสื่อ/ช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย (สื่อสิ่งพิมพ์/ออนไลน์) และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เน้นย้ำ DSPM - มีการสื่อสาร Key Message ให้กับประชาชนในพื้นที่</p>	<p>- มีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ เรื่องพัฒนาการเด็ก ผ่านช่องทาง โฆษณามีเดีย ของหน่วยงาน - มีการพัฒนาสื่อ/ช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย (สื่อสิ่งพิมพ์/ออนไลน์) และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เน้นย้ำ DSPM - มีการสื่อสาร Key Message ให้กับประชาชนในพื้นที่</p>	<p>- มีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ เรื่องพัฒนาการเด็ก ผ่านช่องทาง โฆษณามีเดีย ของหน่วยงาน - มีการพัฒนาสื่อ/ช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย (สื่อสิ่งพิมพ์/ออนไลน์) และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เน้นย้ำ DSPM - มีการสื่อสาร Key Message ให้กับประชาชนในพื้นที่</p>	<p>- มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น Application/Line ในการสื่อสาร เฉพาะบุคคล/กลุ่มเป้าหมาย - ช่องทางการสื่อสารสาธารณะ (เช่นเพจ Facebook, Line Official, เว็บไซต์ ของหน่วยงาน) ที่มีการเผยแพร่ข้อมูล อย่างสม่ำเสมอ</p>
--	---	--	--	---	---	---	---

5.B – Building Capacity (การพัฒนาศักยภาพคน)	14.การพัฒนาบุคลากร (Training): จัดอบรมผู้ฟื้นฟูความรู้เรื่องการใช้คู่มือDSPM ให้แก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงเด็ก	ไม่มีแผนการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ DSPM ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	มีการจัดอบรม เฉพาะบางส่วนของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และไม่ต่อเนื่อง	มีการจัดอบรมผู้ฟื้นฟูความรู้ DSPM ครอบคลุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (>60%)	มีการจัดอบรมผู้ฟื้นฟูความรู้ DSPM ครอบคลุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (>70%)	และมีการประเมินผล	มีการประเมินผล - มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น Application/Line Bot) ในการสื่อสาร เฉพาะบุคคล/กลุ่มเป้าหมาย	- แผน/โครงการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องประจำปี - รายชื่อ/ทะเบียนผู้เข้ารับการอบรม (เจ้าหน้าที่ สธ., ครูพี่เลี้ยง, ผู้เกี่ยวข้อง) - เอกสารหลักสูตร/เนื้อหา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
---	--	---	--	---	---	-------------------	---	--

15. การนิเทศ ติดตาม (Supervision)	ไม่มีระบบ/ไม่มี แผนการนิเทศ ติดตามงาน ที่ชัดเจน	มีการนิเทศ ติดตามเป็นครั้ง คราว หรือตาม ปัญหาเร่งด่วน	มีการจัดทำ แผนการนิเทศ ติดตามงาน แต่ไม่ได้ดำเนินการ ตามแผนทั้งหมด	มีแผนการนิเทศ ติดตามงานที่ชัดเจน และดำเนินการได้ ตามแผน	- มีแผนการนิเทศ ติดตามงานที่ชัดเจน และดำเนินการได้ ตามแผน -มีการนิเทศติดตาม เป็นไปในลักษณะ การบูรณาการนิเทศ ร่วม ระหว่าง สธ. กับ หน่วยงาน ท้องถิ่น/ การศึกษา	- แผนการนิเทศ ติดตามงาน - รายงานผล การนิเทศ และข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงการ ปฏิบัติงานหน้างาน
---	--	--	---	--	---	--

**หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ**

1) คะแนนรวม 75 คะแนน ตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิด PIRAB มี 5 องค์ประกอบ (P, I, R, A, B) ประกอบด้วยหัวข้อการประเมินรวมทั้งหมด 15 หัวข้อ

2) คะแนนเต็มของแต่ละหัวข้อการประเมิน = 5 คะแนน

ดังนั้น คะแนนรวม 5 องค์ประกอบ (P, I, R, A, B) =  $15 \times 5 = 75$  คะแนน ในการประเมินรวมทุกองค์ประกอบ

3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของหัวข้อการประเมิน (15 หัวข้อ)

(คะแนนหัวข้อ1 + คะแนนหัวข้อ2+ คะแนนหัวข้อ3 + ... +คะแนนหัวข้อ15) ÷ 15 = คะแนนเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบ

(3+3+3+3+3+5+5+4+4+4+4+4+4) ÷ 15 = 57 ÷ 15 = 3.8 คะแนน (ตัวอย่าง)

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด

คิดอัตราส่วน 70 : 30 (สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ)

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ
คะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\times 2$ ) $\times 0.3 = \text{Score}$
$8.0 \times 0.7 = 5.6$ (ตัวอย่าง)	$(3.8 \times 2) \times 0.3 = 2.28$ (ตัวอย่าง)
Score เชิงปริมาณ (5.6) + Score เชิงคุณภาพ (2.28) = 7.88 (คะแนนเต็ม 10) (ตัวอย่าง)	

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล

เบอร์ติดต่อ 081-5902907

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวเกศสุดา เหมทานนท์ (กลุ่มวัยแม่และเด็ก)

เบอร์ติดต่อ 065-8972656

Email : healthchonburi@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ชื่อแผนงาน : การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0 -5 ปี

ชื่อโครงการ : โครงการแม่ลูกฟันดี 125 ปี สมเด็จย่า

: โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ 2 (2.2) : ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ

ลักษณะการวัด : ( / ) เจริญปริมาณ ( / ) เจริญคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( / ) รพ.สต.

คำนิยาม : เด็กอายุ 0 -5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

: เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ( Cavity Free ) หมายถึง เด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มีฟันน้ำนม

ที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติม ใดๆ อีก และไม่มีฟันน้ำนมถูกถอนจากโรคฟันผุ กรณีเด็กอายุ 5 ปี มีฟันถาวรขึ้นฟันเหงือก จะไม่นับฟันถาวร โดยการเร่งรัดควบคุมโรคฟันผุ ด้วยการได้รับบริการทา/เคลือบฟลูออไรด์ รวมถึงสารฟลูออไรด์เข้มข้น (ซิลเวอร์ไดออกไซด์ฟลูออไรด์) ในกลุ่มเสี่ยงการบูรณะฟันตามความจำเป็น รวมถึงการควบคุมฟันผุ โดยวิธี SMART Technique (Simplified Modified Atraumatic Restorative Treatment หรือ Silver (Modified Atraumatic Restorative Treatment) ซึ่งเป็นเทคนิคการรักษาฟันผุด้วยการกำจัดเนื้อฟันที่ผุออกเพียงบางส่วนโดยใช้เครื่องมือ (hand instrument) กำจัดเนื้อฟันที่ผุออกโดยไม่ใช้เครื่องกรอฟันและใช้วัสดุบูรณะกลาสไอโอโนเมอร์ ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์บูรณะฟัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย ลดการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควร และเพิ่ม Cavity free ของเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ร้อยละของเด็กอายุ 18 เดือน ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	95.99	96.59	95.13
ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	86.22	75.75	69.59
ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	-	-	-

แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 19 มกราคม 2569

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย : ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
ร้อยละ 80	ร้อยละ 83	ร้อยละ 86

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	80 ขึ้นไป
9	78.00 - 79.99
8	76.00 - 77.99
7	74.00 - 75.99
6	72.00 - 73.99
5	70.00 - 71.99
4	68.00 - 69.99
3	66.00 - 67.99
2	64.00 - 65.99
1	น้อยกว่า 64

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ :  $(A/B) * 100$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนเด็กในรายการ (B) ที่มีเงื่อนไขคือ เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  
DFILLING >= 0 และ DEXTRACT = 0 และ DCARIES = 0

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่มารับบริการตรวจช่องปาก และเป็น  
ประชาชนไทย Nation = 099 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ Person Type Area = 1, 3 และ Person  
Discharge = 9, ใช้แฟ้ม Dental ที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d\_update) ในปีงบประมาณ ไม่นับซ้ำ (Distinct)  
hospcode+pid และแฟ้ม Dental มี provider type = 02, 06 เงื่อนไขคุณภาพแฟ้ม dental DTEETH = 1 - 20 ,  
DFILLING + DEXTRACT + DCARIES <= 20 และ DCARIES + DFILLING <= DTEETH

แหล่งข้อมูล : ตัวชี้วัดร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

จาก DOH Dashboard กรมอนามัย <https://dashboard.anamai.moph.go.th> หรือ Dashboard Oral  
Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย <https://moph.cc/OHDC>

ตารางที่ 3 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
☐ การให้บริการสุขภาพ	เร่งรัดควบคุม และ จัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรค ฟันผุ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี	0 - 40 คะแนน - มีการประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 - 5 ปี - มีรายชื่อ สพต. ในความรับผิดชอบ	41 - 55 คะแนน มีแผนดำเนินงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก (PP program) ใน สพต. และ WCC	56 - 70 คะแนน มีการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมและป้องกัน - ใน สพต. เทอมละ 1 ครั้ง (ปีละ 2 ครั้ง) - ใน WCC มีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 5 ปี - จัดกิจกรรมเคลือบ (ทา) ฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี - จัดกิจกรรมฝึกผู้ปกครองแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ฯ ในเด็กอายุ 0 - 2 ปี	71- 85 คะแนน มีการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมและป้องกัน สพต. เทอมละ 1 ครั้ง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมและป้องกันใน WCC ทั้งหมดที่มีทันตบุคลากร และ ไม่มีทันตบุคลากร	86 - 100 คะแนน มี best practice หรือนวัตกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก หรือนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการคัดกรอง/ การให้คำปรึกษา/ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน สพต. และ WCC	- ผลการประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 5 ปี รายชื่อ สพต. ในความรับผิดชอบ - แผนดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน ส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก (PP program) ใน WCC และ สพต. - ผลลัพธ์/หลักฐานการจัดบริการส่งเสริมป้องกันทันตกรรม - ผลการดำเนินงานที่เป็น best practice/ นวัตกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากใน สพต. และ WCC

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรฐาน หลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือ หลักฐานที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> กำลังคน	พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร/ภาคีเครือข่าย ในการเร่งรัดควบคุม และจัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุใน WCC และสหพต.	ไม่มีผู้รับผิดชอบ ในการควบคุมและ จัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุใน WCC และสหพต.	ใน WCC และสหพต. มี ผู้รับผิดชอบใน การควบคุม และ จัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ โดยทันตบุคลากร	ใน WCC และสหพต. มี ผู้รับผิดชอบใน การควบคุม และ จัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ ครอบคลุม ทุกหน่วยบริการ	มีการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคี เครือข่ายที่ เกี่ยวข้องในการ เร่งรัดควบคุม และจัดบริการ ทันตกรรมส่งเสริม และป้องกันโรค ฟันผุ ใน WCC และสหพต. อย่าง ต่อเนื่อง	บุคลากร/ภาคี เครือข่าย สามารถ พัฒนาศักยภาพจน เป็นต้นแบบการ จัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ ใน WCC และสหพต.	- แผนงานพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก(ทันตบุคลากร บุคลากร/ภาคี เครือข่าย/ผู้ดูแลเด็ก) - แผนการดำเนินงานและมี การกำหนดผู้รับผิดชอบใน การควบคุม และจัดบริการ ทันตกรรมส่งเสริมและ ป้องกันโรคฟันผุใน WCC และสหพต. - หลักฐานการอบรม/ ประชุมด้านการส่งเสริมและ ป้องกันโรคฟันผุ - ผลการดำเนินงานพัฒนา ศักยภาพที่เป็น best practice/นวัตกรรม การ ดูแลสุขภาพช่องปากใน WCC และ สหพต.

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
☐ การเข้าถึงบริการ	เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	น้อยกว่าร้อยละ 44.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 44.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 46.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 48.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 50.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	- ข้อมูลผลงานจาก HDC เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.4 + 17.8 )
	เด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	น้อยกว่าร้อยละ 49.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 49.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 51.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 53.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 55.0 ของเด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	- ข้อมูลผลงานจาก HDC เด็ก 0 - 5 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.6 + 17.9) - ข้อมูลผลงานจาก HDC <a href="https://moph.cc/OHDC">https://moph.cc/OHDC</a>

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน	
	เด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	น้อยกว่าร้อยละ 49.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 49.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 51.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 53.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 55.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 55.0 ของเด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก	- ข้อมูลผลงานจาก HDC เด็ก 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นี้รวมมีความสะอาดช่องปาก (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.5) หรือ - ข้อมูลผลงานจาก Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย <a href="https://moph.cc/OHDC">https://moph.cc/OHDC</a>

- หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด คัดอัตราส่วน 70 : 30
- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ตารางที่ 5 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด คัดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
คะแนนที่ได้ x 7 = Score	คะแนนที่ได้ x 0.15 = Score	คะแนนที่ได้ x 0.15 = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 100)		

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ทพญ.อังคณา มากมาย ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 038-932490 โทรศัพท์มือถือ : 081-3557366

E-mail : makmai2517@gmail.com

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสุนิสา สุขบัติ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญงาน

โทรศัพท์: 038-932490 โทรศัพท์มือถือ : 081-7041050

E-mail: sunisa.092521@gmail.com

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)  
 ชื่อแผนงาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)  
 ชื่อโครงการ : ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย  
 ตัวชี้วัด KR3 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)  
 ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ  
 ระดับการวัด : (✓) คปสอ.

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

คำนิยาม : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities; HLC) ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization; HLO) โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการและเก็บข้อมูลผ่านแพลตฟอร์มสาขาสุขอุ่มใจ

องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน		
		2565	2566	2567
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	ระดับ	N/A	N/A	ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	หน่วย วัด	เกณฑ์เป้าหมาย		
		2567	2568	2569
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	ระดับ	-	ระดับ 4	ระดับ 5

การประเมินผลและการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. การประเมินผลเชิงปริมาณ (ค่าน้ำหนัก 70)

แหล่งข้อมูล	HL HUB เว็บไซต์สาสุขอุ้นใจ <a href="https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/">https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/</a>
<b>1.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมายร้อยละ 93</b>	
รายการ A	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป
รายการ B	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
แหล่งข้อมูล	HL HUB เว็บไซต์สาสุขอุ้นใจ <a href="https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/">https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/</a>
<b>1.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมายร้อยละ 93</b>	
รายการ A	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป
รายการ B	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
<b>1.2 จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รวมตอบแบบประเมิน)</b>	
รายการ A	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
รายการ B	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับจัดสรร
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
<b>1.3 จำนวนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>	
รายการ A	จำนวนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
รายการ B	จำนวนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามค่าเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	ร้อยละ 61-68	ร้อยละ 69-76	ร้อยละ 77-84	ร้อยละ 85-92	ร้อยละ 93-100
2. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ 11-28	ร้อยละ 29-46	ร้อยละ 47-64	ร้อยละ 65-82	ร้อยละ 83-100
3. จำนวนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ 11-28	ร้อยละ 29-46	ร้อยละ 47-64	ร้อยละ 65-82	ร้อยละ 83-100

## 2. การประเมินผลเชิงคุณภาพ (ค่าน้ำหนัก 30)

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ

- 1) ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพในองค์กรและชุมชน
- 2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดกลุ่มเสี่ยง NCDs
- 3) กำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ)
- 4) ยกระดับกลไกการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

ด้านที่ประเมิน	หัวข้อการประเมิน
การให้บริการสุขภาพ	จัดบริการ/กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO/HLC)
กำลังคน	ความพร้อมของผู้รับผิดชอบงานความรู้ด้านสุขภาพ (HL)
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลสุขภาพ	กลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพระดับจังหวัด/เขต

เกณฑ์การให้คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ด้าน	หัวข้อประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประเมิน
การให้บริการ สุขภาพ	จัดบริการ/กิจกรรมส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดองค์กรและ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO/HLC)	ไม่มีการจัดบริการ/ กิจกรรมส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ หรือ จัดบริการ/กิจกรรม โดยไม่อิงตาม แนวคิดองค์กรและ ชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) ตามระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ)	จัดบริการ/กิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพตาม แนวคิดองค์กรและ ชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) แต่ไม่มีการ ประเมินผล การดำเนินงาน	จัดบริการ/กิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพตาม แนวคิดองค์กรและ ชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) และมี ประเมินผล การดำเนินงาน ต่ำกว่า ร้อยละ 50	ผลการประเมิน องค์กรรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO) ร้อยละ 50-89.99 ผลการประเมิน ชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLC) ร้อยละ 50-79.99	ผลการประเมิน องค์กรรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO) ร้อยละ 90 ขึ้นไป ผลการประเมิน ชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLC) ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ผลการประเมินองค์กร และชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) ในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ)
กำลังคน	ความพร้อมของ ผู้รับผิดชอบงานความรอบ รู้ด้านสุขภาพ (HL)	ไม่มีผู้รับผิดชอบ งาน HL	มีผู้รับผิดชอบงาน HL แต่ไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการ อบรมหรือเข้าร่วม ประชุมชี้แจงแนว ทางการ	ผู้รับผิดชอบงาน HL ไม่เพียงพอ แต่ได้รับการอบรม หรือเข้าร่วมประชุม ชี้แจงแนวทางการ	ผู้รับผิดชอบงาน HL เพียงพอ แต่ไม่ได้รับการ อบรมหรือเข้าร่วม ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน HL เพียงพอ ผ่านการ อบรมและเข้าร่วม ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน	- แผนกำลังคนหรือ โครงสร้างผู้รับผิดชอบ งาน HL - หลักฐานการเข้า ร่วมอบรม/ประชุม ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงาน
ระบบงานและ การจัดการ ข้อมูล	ความครบถ้วนและถูกต้อง ของข้อมูลการดำเนินงาน ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ	ไม่มีข้อมูลการ ดำเนินงานส่งเสริม ความรู้ด้าน สุขภาพระดับเขตใน ระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ)	มีข้อมูลองค์กรที่ ทะเบียนในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้น ใจ) แต่ไม่มีข้อมูล การดำเนินงาน	มีข้อมูลองค์กรที่ ทะเบียนในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้น ใจ) โดยดำเนินงาน องค์กรรอบรู้ด้าน สุขภาพ และจัด	มีข้อมูลการ ดำเนินงานส่งเสริม ความรู้ด้าน สุขภาพในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้น ใจ) ครบถ้วน	มีข้อมูลการ ดำเนินงานส่งเสริม ความรู้ด้าน สุขภาพในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้น ใจ) ครบถ้วน และ	ข้อมูลการดำเนินงาน จากกระดานข้อมูลใน ระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ)

ด้าน	หัวข้อประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประเมิน
ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล สุขภาพ	กลไกคณะกรรมการ ขับเคลื่อนความรอบรู้ด้าน สุขภาพระดับจังหวัด/เขต	ไม่มีนโยบาย ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานส่งเสริม ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ	มีนโยบายขับเคลื่อน การดำเนินงาน ส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ แต่ไม่มี คณะกรรมการ ขับเคลื่อนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด/เขต	มีนโยบายขับเคลื่อน การดำเนินงาน ส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ มีคณะกรรมการ ขับเคลื่อนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด/เขต โดยมีการประชุม ระดับจังหวัด/เขต	มีนโยบายในการ ขับเคลื่อนงานความ รอบรู้ด้านสุขภาพ มีคณะกรรมการ ขับเคลื่อนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด/เขต โดยมีการประชุม กำกับติดตามผล การดำเนินงาน	ประเมินผลความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการ สุขภาพประชาชน (ดำเนินการขึ้นตอนที่ 1-10)	- คำสั่งคณะกรรมการ ขับเคลื่อนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด/เขต - รายงานการ ประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด/เขต

หลักการคิดคะแนน สัดส่วน 70 : 30 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

การคิดคะแนนเชิงปริมาณ 70%	การคิดคะแนนเชิงคุณภาพ 30%	คะแนนเต็ม 5 คะแนน
คะแนนตัวชี้วัดข้อ 1+2+3	คะแนนด้านที่ 1+2+3+4	-
$(\text{คะแนนที่ได้} \div 3) \times 0.7$	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 4) \times 0.3$	คะแนนเชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ

การแปลผลระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ช่วงคะแนน	แปลผล
ระดับ 5	4.2 – 5 คะแนน	ดีเยี่ยม (Excellent)
ระดับ 4	3.4 – 4.1 คะแนน	ดี (Good)
ระดับ 3	2.6 – 3.3 คะแนน	พอใช้ (Fair)
ระดับ 2	1.8 – 2.5 คะแนน	ต้องพัฒนา (Developing)
ระดับ 1	1 – 1.7 คะแนน	ต้องเร่งแก้ไข (Critical)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล

เบอร์ติดต่อ : 08 1590 2907

E-mail : wilawanoja@gmail.com

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวธิดารัตน์ สิงห์ทอง

เบอร์ติดต่อ : 08 0513 4957

E-mail : tidaratst05@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดที่ 4. : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ. ( / ) รพ.สต.

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 90

คำนิยาม :

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547 กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2569 จำนวน 62,000 ตำบล

การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติระดับดีขึ้นอย่างน้อย 1 แห่ง

ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. ระดับดี : มีทีม มีข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ
3. ระดับดีมาก : มีทีม มีข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลดำเนินงาน
4. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม มีข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ ชุมชนประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100 (ของตำบลเป้าหมายปีงบประมาณ 2569 จำนวน 79 ตำบล)

หน่วยนับ	ชุมชนเป้าหมาย										
	เมืองชลบุรี	บ้านมิ่ง	หนองใหญ่	บางระมุง	พนมทอง	พนัสนิคม	ศรีราช	เกาะสีชัง	สัตหีบ	บ่อทอง	เกาะจันทร์
ตำบล	18	8	5	8	11	20	8	1	5	6	2

- วัตถุประสงค์ :
1. เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
  2. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้

พื้นที่เป้าหมาย : พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 92 ตำบล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จัดเก็บจากรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มกองสุขศึกษา โดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนผ่านระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ (Health Gate)

รายการข้อมูลที่ 1 A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูลที่ 2 B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 92 ตำบล

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

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส 2 – 4

วิธีการประเมินผล ประเมินผ่านระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate

Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแนวขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ปี 2569 2. มีชี้แจงนโยบายการขับเคลื่อน ชุมชนจัดการสุขภาพ 3. มีเครือข่ายพี่เลี้ยงสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่ 11 อำเภอ	1. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ตำบลผ่านการอบรม Online จากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ชุมชนมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ร้อยละ 50)	1. ชุมชนมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ร้อยละ 70)	1. ชุมชนมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ร้อยละ 100)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ (แห่ง)	50.98 (26)	45.31 (29)	45.31 (29)

เป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2569 : ขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพ

จังหวัด	อำเภอ	เป้าหมายดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพ	
		จำนวนตำบลทั้งหมด	จำนวนชุมชนเป้าหมายการดำเนินงาน
ชลบุรี	เมืองชลบุรี	18	18
	บ้านบึง	8	8
	หนองใหญ่	5	4
	บางละมุง	8	8
	พานทอง	11	11
	พนัสนิคม	20	20
	ศรีราชา	8	8
	เกาะสีชัง	1	1
	สัตหีบ	5	5
	บ่อทอง	6	6
	เกาะจันทร์	2	2
	รวม	92	92

ผู้รับผิดชอบ

กลุ่มงานปฐมนุรักษ์และเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้รายงานตัวชี้วัด

1. นายณพวีร์ ศรีพุ่ม

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์: 0 3828 5511 ต่อ 2459

2. นางสาวศุภิสรา ใจผ่อง

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์: 0 3828 5511 ต่อ 2459

3. นางสาวเสาวลักษณ์ ชันทอง

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์: 0 3828 5511 ต่อ 2459

# **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2**

**การจัดการโรค  
และภัยสุขภาพ  
(ตัวชี้วัดที่ 5-7)**

ประเด็นยุทธศาสตร์กระทรวง : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ประเด็นยุทธศาสตร์จังหวัด : การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ชื่อโครงการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมและโรคจากการประกอบอาชีพ

ตัวชี้วัดที่ 5 : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &

#### CLEAN Hospital Challenge

ลักษณะการวัด : ( / ) เจริญปริมาณ ( / ) เจริญคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ)

ดำเนินงานตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)

2. เพื่อพัฒนาและยกระดับการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก สามารถปรับตัวและรองรับภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้

**ระดับมาตรฐาน (Standard)** หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)

**หมวด CLEAN** สร้างกระบวนการพัฒนา

1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

**หมวด G: Garbage** การจัดการมูลฝอยทุกประเภท

2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวง มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

**หมวด R: Restroom** การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)

6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

**หมวด E: Energy** การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร

7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

**หมวด E: Environment** การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ

9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

**หมวด N: Nutrition** การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวง สู่ลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร

11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสู่ลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล

12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)

**ระดับดีเยี่ยม (Excellent)** หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)

**หมวด Innovation:** การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

**หมวด Network:** การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

**ระดับท้าทาย (Challenge)** หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกรายงาน 1 ด้าน

1. การจัดการของเสียทางการแพทย์

2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ

**เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ**

**ความหมาย** เป็นการวัดผลเชิงคุณภาพ GREEN + ระบบข้อมูลและการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ตามกรอบแนวคิด GREEN+PIRAB ดังนี้

GREEN ได้แก่ G : GARBAGE R : RESTROOM E : ENERGY E: Environment N: Nutrition

PIRAB ได้แก่ P: Partnership I: Investment R: Regulation & Law A: Advocate

B: Building capacity

ตารางเกณฑ์การประเมินผล (เชิงคุณภาพ) GREEN+PIRAB

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนที่ได้	เอกสารหลักฐาน
G : GARBAGE (3 คะแนน) หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอย ติดเชื้อ และ มูลฝอย อันตราย	โรงพยาบาลจัดการ ขยะ/ของเสียได้ ตามหลัก สุขาภิบาล	- เจ้าหน้าที่บุคลากร สามารถเป็นวิทยากร เรื่องการจัดการมูล ฝอย (1 คะแนน)	- มีการจัดทำแฟ้มเอกสาร ประวัติการเป็นวิทยากร เช่น ใบประกาศนียบัตรการการ อบรมหรือคุณวุฒิการศึกษา ที่เกี่ยวข้อง
		- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ของโรงพยาบาลได้รับ การพัฒนาความรู้ด้าน การจัดการมูลฝอยทุก ประเภท (1 คะแนน)	- มีการจัดพัฒนาความรู้การ จัดการมูลฝอยทุกประเภท เช่น โครงการ กิจกรรม หรือภาพ ประมาณการจัดกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอย
		- สํารวจความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดการมูลฝอย และความสะอาดของ สถานที่ และมี ผล ประเมินความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (1 คะแนน)	- มีการจัดทำแบบสำรวจความ พึงพอใจของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดการมูลฝอยและ ความสะอาดของสถานที่ เช่น การคัดแยกมูลฝอยจุดทิ้งมูลฝอย และความสะอาดของสถานที่
R : RESTROOM (3 คะแนน) หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐาน ส้วมสาธารณะไทย (HAS)และการจัดการ สิ่งปฏิกูล	ผู้ให้บริการมีความ พึงพอใจต่อการ ให้บริการ ห้องส้วมสาธารณะ	- เจ้าหน้าที่บุคลากร สามารถเป็นวิทยากร เรื่องการจัดการส้วม สาธารณะ (1 คะแนน)	- มีการจัดทำแฟ้มเอกสาร ประวัติการเป็นวิทยากร เช่น ใบ ประกาศนียบัตรการการอบรม หรือคุณวุฒิการศึกษาที่เกี่ยวข้อง
		- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ของโรงพยาบาลได้รับ การพัฒนาความรู้ด้าน การจัดการส้วม สาธารณะและการ จัดการสิ่งปฏิกูล (1 คะแนน)	- มีการจัดพัฒนาความรู้การ จัดการส้วมสาธารณะ ทุกประเภท เช่น โครงการ กิจกรรม หรือภาพประมาณการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการ จัดการส้วมสาธารณะและสิ่ง ปฏิกูล

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนที่ได้	เอกสารหลักฐาน
	- สํารวจความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการสํวม สาธารณะ และมีผล ประเมินความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (1 คะแนน)		- มีการจัดทำแบบสำรวจความ พึงพอใจของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการสํวม สาธารณะแก่ผู้มารับบริการ ได้แก่ ความสะอาด ความเพียงพอ และความ ปลอดภัย
E : ENERGY (3 คะแนน) หมวด E: Energy การจัดการด้าน พลังงาน	โรงพยาบาลมี มาตรการการ ประหยัด พลังงานหรือใช้ พลังได้อย่าง คุ้มค่าเกิด ประโยชน์สูงสุด	- เจ้าหน้าที่บุคลากร สามารถเป็นวิทยากร เรื่องการจัดการด้าน พลังงาน (1 คะแนน)	- มีการจัดทำแฟ้มเอกสาร ประวัติการเป็นวิทยากร เช่น ใบ ประกาศนียบัตรการอบรม หรือ คุณวุฒิการศึกษาที่เกี่ยวข้อง
	- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ของโรงพยาบาลได้รับ การพัฒนาความรู้ด้าน การจัดการด้านพลังงาน ทุกประเภทได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง และกระดาษ) (1 คะแนน)		- มีการจัดพัฒนาความรู้การ จัดการด้านพลังงานทุกประเภท ทุกประเภท เช่น โครงการ กิจกรรม หรือภาพประมาณการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการ จัดการสํวมสาธารณะ
	- สํารวจความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการ ใน ด้านพลังงาน และมีผล ประเมินความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (1 คะแนน)		- มีการจัดทำแบบสำรวจความ พึงพอใจของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการพลังงานแก่ผู้ มารับบริการ
E: Environment (3 คะแนน) หมวด E: Environment การจัดการ สิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล	โรงพยาบาล มี การสร้างความ ร่มรื่นหรือพื้นที่สีเขียวหรือจุด พักผ่อน สำหรับ ผู้มารับบริการ	- เจ้าหน้าที่บุคลากร สามารถเป็นวิทยากร เรื่องการจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล เช่น มาตรฐาน 5 ส. หรือ สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้าง คุณภาพชีวิตและ ความสุขของคนทำงาน(1 คะแนน)	- มีการจัดทำแฟ้มเอกสาร ประวัติการเป็นวิทยากร เช่น ใบประกาศนียบัตรการการ อบรมหรือคุณวุฒิการศึกษาที่ เกี่ยวข้อง
	- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ของโรงพยาบาลได้รับ การพัฒนาความรู้ด้าน		- มีการจัดพัฒนาความรู้การ จัดการด้านพลังงานทุกประเภท

ข้อ	กิจกรรม		คะแนนที่ได้	เอกสารหลักฐาน
		การจัดการสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล (1 คะแนน)		เช่น โครงการ กิจกรรม หรือ ภาพประมาณการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการ จัดการสิ่งแวดล้อม
		- สำนวจความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการ สิ่งแวดล้อม และมีผล ประเมินความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ( 1คะแนน)		-มีการจัดทำแบบสำรวจความพึง พอใจของผู้มารับบริการ ในด้าน การจัดบริการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความร่มรื่น ที่พักรอคอย และ มุมกิจกรรมผ่อนคลาย
N: Nutrition (3 คะแนน) หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการดำเนินงาน อาหารปลอดภัยใน โรงพยาบาล	โรงพยาบาลมีการ การจัดการ สุขาภิบาลอาหาร และน้ำ ปลอดภัย	- เจ้าหน้าที่บุคลากร สามารถเป็นวิทยากร เรื่องการจัดการ สุขาภิบาลอาหารและ น้ำ (1 คะแนน)		- มีการจัดทำแฟ้มเอกสาร ประวัติการเป็นวิทยากร เช่น ใบประกาศนียบัตรการการ อบรมหรือคุณวุฒิการศึกษาที่ เกี่ยวข้อง
		- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ของโรงพยาบาลได้รับ การพัฒนาความรู้ด้าน จัดการสุขาภิบาล อาหารและน้ำ (1คะแนน)		- มีการจัดพัฒนาความรู้การ จัดการด้านพลังงาน ทุกประเภท เช่น โครงการ กิจกรรม หรือภาพประมาณการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการ สุขาภิบาลอาหารและน้ำ
		- สำนวจความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการ อาหารและน้ำดื่ม และ มีผลประเมินความพึง พอใจไม่น้อยกว่า ร้อย ละ 80(1 คะแนน)		- มีการจัดทำแบบสำรวจความ พึงพอใจของผู้มารับบริการ ใน ด้านการจัดบริการอาหารและน้ำ ได้แก่ ความสะอาดของอาหาร จุดบริการน้ำดื่ม สะอาดและ เพียงพอ

ข้อ	กิจกรรม		คะแนนที่ ได้	เอกสารหลักฐาน
<p><b>หมวดฐานข้อมูล (15 คะแนน)</b> : มีฐานข้อมูล และ คำนวน คาร์บอนฟุตพริ้นท์ เพื่อการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ</p>	<p>โรงพยาบาลมี ข้อมูลปริมาณการใช้ไฟฟ้า ทรัพยากร และการเกิดของเสีย และการคำนวณ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ รวมทั้งมีผลลัพธ์ การดำเนินงาน</p>	<p>- โรงพยาบาลมีข้อมูล ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ทรัพยากร และการเกิดของเสียขอ โรงพยาบาล (3 คะแนน)</p>		<p>- มีข้อมูลปริมาณการใช้ไฟฟ้า ทรัพยากร และการเกิดของเสีย และการเกิดของเสียของโรงพยาบาล</p>
		<p>- โรงพยาบาลมีการ บันทึกข้อมูลใน โปรแกรมคำนวณคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ของกรมอนามัย ครบถ้วน (3 คะแนน)</p>		<p>มีข้อมูลการใช้ไฟฟ้า ทรัพยากร การเกิดของเสีย และคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ ในโปรแกรมคำนวณ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกรม อนามัย</p>
		<p>- โรงพยาบาลนำข้อมูล มาวิเคราะห์ สถานการณ์/ GAP และกำหนดโครงการ/ มาตรการ เพื่อแก้ไข ปัญหา/ พัฒนา (3 คะแนน)</p>		<p>- มีเอกสารการวิเคราะห์ สถานการณ์/ GAP ของ โรงพยาบาล และโครงการ/ มาตรการ/ แนวทางการแก้ไข พัฒนาที่สอดคล้องกับผลการ วิเคราะห์ข้อมูล</p>
		<p>- โรงพยาบาล ดำเนินการตาม โครงการ/มาตรการ</p>		<p>- มีเอกสารหลักฐานแสดงการ ดำเนินงาน ภาพถ่ายกิจกรรม ตามโครงการ/ มาตรการ และ นำเสนอต่อผู้บริหาร/</p>
		<p>อย่างเป็นรูปธรรม และ ปรับปรุงกระบวนการ อย่างมีประสิทธิภาพ (3 คะแนน)</p>		<p>คณะกรรมการ</p>
		<p>โรงพยาบาล ประเมินผล และ เปรียบเทียบผลลัพธ์ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ และจัดทำรายงาน สรุปผล (3 คะแนน)</p>		<p>- มีเอกสารหลักฐานแสดงผลการ ประเมิน การเปรียบเทียบ ผลลัพธ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ และ รายงานสรุปผล</p>
<p><b>คะแนนรวม ทั้งหมด (30 คะแนน)</b></p>				

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

• หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน ต้องผ่านร้อยละ 80

• สูตรการให้คะแนน คะแนนเชิงคุณภาพ = (คะแนนที่ได้ (A) x 80) / 100

จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป x 100 / จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
1) ร้อยละของโรงพยาบาล ที่พัฒนา อนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 90 (รอบ 2 ปี 2568 ร้อยละ 93.91)	1) ร้อยละของโรงพยาบาล ที่พัฒนา อนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 95	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับ มาตรฐานขึ้นไป) ร้อยละ 97
2) ร้อยละของโรงพยาบาล ที่พัฒนา อนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)ร้อยละ 25 (รอบ 2 ปี 2568 ร้อยละ 40.04)	2) ร้อยละของโรงพยาบาล ที่พัฒนา อนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)ร้อยละ 30	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) ร้อยละ40

เกณฑ์การประเมินผล :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
เชิงปริมาณ	
รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30
เชิงคุณภาพ	
โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN ด้านคุณภาพ คะแนนรวม ร้อยละ 80	

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน : ฐานข้อมูลจากโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital และรายงานข้อมูลจากกรมอนามัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ร้อยละ	100	100	20
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ	100	100	100

<b>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
<b>วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN &amp; CLEAN Hospital (<a href="https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin">https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin</a>) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN &amp; CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย</li> <li>3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมิน ยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN &amp; CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</li> <li>4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง</li> </ol>

เกณฑ์การให้คะแนน :

เชิงปริมาณ ระดับจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ผ่านระดับ มาตรฐาน ร้อยละ 60	ผ่านระดับ ดีเยี่ยม ร้อยละ 50	ผ่านระดับ ท้าทาย ร้อยละ 20	ผ่านระดับ ท้าทาย ร้อยละ 30	ผ่านระดับ ท้าทาย ร้อยละ 40

เชิงคุณภาพ (สำหรับ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รพศ. รพท. รพช.)

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ด้านปริมาณผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านคุณภาพผ่านเกณฑ์ < 24 ข้อ (< 80%)	ด้านปริมาณผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยมด้านคุณภาพผ่านเกณฑ์ < 24 ข้อ (< 80%)	ด้านปริมาณผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยมด้านคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 24$ ข้อ ( $\geq 80\%$ )	ด้านปริมาณผ่านเกณฑ์ระดับท้าทายด้านคุณภาพผ่านเกณฑ์ < 24 ข้อ (< 80%)	ด้านปริมาณผ่านเกณฑ์ระดับท้าทายด้านคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 24$ ข้อ ( $\geq 80\%$ )

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge</li> <li>คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)</li> <li>คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)</li> <li>คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน</li> <li>คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย (Food Safety Hospital)</li> </ol>
------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- รายงานผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ ของกรมอนามัย และการประเมินของคณะกรรมการระดับจังหวัด
- เอกสาร หลักฐานประกอบเกณฑ์การประเมินรายชื่อในระบบออนไลน์ ของกรมอนามัย

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	นายณัฏพวงศ์ พีรภัคพงศ์ นายติลก กลิ่นบัวแก้ว	เบอร์ติดต่อ 0 3828 5511 ต่อ 2459-60 เบอร์ติดต่อ 09 5059 1456
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :	นายอักษร เชษฐสุนท นางสาวสุภมาศ นาคสุทธิ(อาชีวนามัย) นายกฤษพล ชันธะภาค (สุขาภิบาลอาหาร และน้ำ) นางสาวปัทมทิญา จินดาเสวก (การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและ เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ) นางสาวกนกเรขา เกลี้ยงสะอาด (การจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไป) นายนิติพัฒน์ มิ่งพรประกิจ	เบอร์ติดต่อ 09 8857 0014 เบอร์ติดต่อ 08 1556 2932 เบอร์ติดต่อ 09 8928 8826  เบอร์ติดต่อ 08 2469 7362  เบอร์ติดต่อ 06 2239 4654  เบอร์ติดต่อ 09 2119 1671

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ชื่อแผนงาน : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 6 : ระดับของความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี)

6.1 สาธารณสุขอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ร้อยละ 80

6.2 โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ร้อยละ 80

ลักษณะการวัด : ( / ) เซึ่งคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ.

คำนิยาม :

1.ระดับของความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี)

หมายถึง หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล (คปสอ.) ร่วมกันดำเนินงานมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนนกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ตามเกณฑ์

2. Thailand Safe youths Program (TSY Program) หรือ วัคซีนจราจร หมายถึง รูปแบบกระบวนการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตและบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนนในระดับสถานศึกษา ระดับอำเภอ

เชิงคุณภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ขั้นตอน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
1	- มีข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็ก 1-18 ปี 3 ปีที่ผ่านมา (ปี66-68)
2	- มีทะเบียนรายชื่อบุคลากรระดับอำเภอที่ผ่านการอบรม “TSY Program” / อบรมวินัยจราจร ด้านอุบัติเหตุทางถนน /อบรมเรื่อง CPR ขั้นพื้นฐาน
3	-มีแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ผลักดัน สนับสนุน การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอ ได้แก่ ศึกษาธิการ/เขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีววะ/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจ - ร่วมสนับสนุนให้ มีโรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program”/อบรมวินัยจราจร ด้านอุบัติเหตุทางถนน ตามหลักสูตร วัคซีนจราจร และอบรมเรื่อง CPR ขั้นพื้นฐานทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอและโรงเรียนขนาดใหญ่อย่างน้อย 1 แห่ง
4	-ประกาศเป็นปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้แนวทาง “TSY Program”
5	-มีนวัตกรรม Tik Tok หรือ R2R หรือมีกิจกรรมรณรงค์ดำเนินงานขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (1-18 ปี) เช่น การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย หรือ การมีวินัยในการใช้รถใช้ถนน

หมายเหตุ (หากมี) : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์ระดับ 4

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หมายเลขโทรศัพท์ 08 3588 0278

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :

- นางละเอียด ไชยวัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หมายเลขโทรศัพท์ 08 6984 0984
- นายภราดร ศรีปะโค ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
หมายเลขโทรศัพท์ 09 9375 3708
- นายกันตินันท์ ขุนทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
หมายเลขโทรศัพท์ 08 1761 7566

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 7 : ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (NIP) วัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี เป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ

ลักษณะตัวชี้วัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) คปสอ.

คำนิยาม :

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) หมายถึง ร้อยละของประชากรเป้าหมาย Type 1 และ 3 ที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

วัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) หมายถึง การให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 (MMR2) เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2569

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตารางที่ 1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

(National Immunization Program: NIP) จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2566 - 2568

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP) จำนวน 19 รายการ ดังนี้	ร้อยละ			
1. กลุ่มอายุครบ 1 ปี				
BCG		<u>90.78</u>	<u>96.45</u>	<u>97.54</u>
HBV ครั้งที่ 1		89.02	<u>94.21</u>	88.79
DTP ครั้งที่ 1		85.61	<u>92.22</u>	<u>90.94</u>
DTP ครั้งที่ 3		88.20	88.70	88.29
HBV ครั้งที่ 3		87.68	88.72	88.05
Hib ครั้งที่ 3		80.39	83.36	82.36
โปลิโอ ครั้งที่ 3		87.63	86.69	86.04
MMR ครั้งที่ 1		90.81	86.17	85.64
IPV		85.59	89.33	89.25
Rota		73.55	75.93	81.67

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
2. กลุ่มอายุครบ 2 ปี				
DTP ครั้งที่ 4		88.69	87.27	86.34
โพลีโอ ครั้งที่ 4		88.44	84.05	85.58
JE ครั้งที่ 1		82.47	88.41	88.48
MMR ครั้งที่ 1 (เก็บตก)		78.00	90.78	91.36
MMR ครั้งที่ 2		85.47	85.30	84.48
3. กลุ่มอายุครบ 3 ปี				
JE ครั้งที่ 2		75.94	69.90	77.47
4. กลุ่มอายุครบ 5 ปี				
DTP ครั้งที่ 5		83.93	73.32	70.47
โพลีโอ ครั้งที่ 5		83.96	73.07	70.12
5. กลุ่มนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ กลุ่มหญิงไทยอายุ 11 - 20 ปี				
HPV		N/A	<u>100</u>	69.88

ตารางที่ ๒ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2)  
รายอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 - 2568

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวม ป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2)	ร้อยละ			
1. อำเภอเมืองชลบุรี		92.12	88.98	84.17
2. อำเภอบางละมุง		67.07	75.57	81.66
3. อำเภอศรีราชา		80.87	85.74	79.80
4. อำเภอพนัสนิคม		93.18	88.65	81.70
5. อำเภอสัตหีบ		90.55	89.72	80.79
6. อำเภอบ้านบึง		89.77	88.62	90.53
7. อำเภอพานทอง		<u>96.10</u>	93.25	93.48
8. อำเภอปะทิว		93.49	87.83	89.57
9. อำเภอหนองใหญ่		94.66	89.32	93.17
10. อำเภอเกาะจันทร์		<u>96.70</u>	<u>97.97</u>	90.21
11. อำเภอเกาะสีชัง		<u>100</u>	82.61	90.91

เกณฑ์การให้คะแนน : คัดสรรส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด (70 : 30)

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ

- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ

ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ โดยกำหนดเกณฑ์เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย		
	2569	2570	2571
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวม ป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	70
2	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 90-94	65
3	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 85-89	60
4	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 80-84	55
5	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 70-79	50
6	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 65-69	45
7	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 60-64	40
8	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ร้อยละ 50-59	35
9	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 รายอำเภอ ต่ำกว่าร้อยละ 50	0

โดยที่;

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ใน Health Data Center (HDC) (สถานะบุคคล Type area 1 และ 3)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการรายบุคคลผ่านระบบปฏิบัติการของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลไปยัง Health Data Center (HDC)

สูตรคำนวณ :

$$\text{ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน} = \frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับวัคซีน MMR2

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

Building Block	หัวข้อการประเมิน	2 คะแนน	4 คะแนน	6 คะแนน	8 คะแนน	10 คะแนน
การให้บริการสุขภาพ	หัวข้อการประเมิน การติดตามเด็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับ บริการวัคซีน MMR2 (10 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีการติดตามเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับบริการ น้อยกว่าร้อยละ 70 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีการติดตามเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับบริการ ร้อยละ 70 - 79 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีการติดตามเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับบริการ ร้อยละ 80 - 89 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีการติดตามเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับบริการ ร้อยละ 90 - 99 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีการติดตามเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ ให้เข้ารับบริการ ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ
กำลังคนที่ให้บริการ	การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค (10 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีบุคลากรฯ อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/ E-learning (GURU Vaccine) น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของหน่วย บริการทั้งหมดในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีบุคลากรฯ อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/ E-learning (GURU Vaccine) ร้อยละ 60 - 69 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีบุคลากรฯ อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/ E-learning (GURU Vaccine) ร้อยละ 70 - 79 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีบุคลากรฯ อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/ E-learning (GURU Vaccine) ร้อยละ 80 - 89 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่มีบุคลากรฯ อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/ E-learning (GURU Vaccine) มากกว่า ร้อยละ 90 ของหน่วย บริการทั้งหมดในอำเภอ
เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน : เอกสารหรือหลักฐานซึ่งแสดงว่าบุคลากรงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ (onsite/online)/E-learning (GURU Vaccine; <a href="https://guruvaccine.com/e-learning/">https://guruvaccine.com/e-learning/</a> ) เช่น Certificate หรือหนังสืออนุมัติเข้าร่วมประชุม ฯลฯ หมายเหตุ : 1. บุคลากรงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง ผู้ให้บริการวัคซีน เช่น เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการ หรือผู้รับผิดชอบของงานวัคซีน 2. ระยะเวลาการผ่านอบรมฯ นับตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันตรวจประเมิน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน : ทะเบียนหรือแบบติดตามรายชื่อเด็กในพื้นที่ของหน่วยบริการ หมายเหตุ : 1. เด็ก หมายถึง เด็กไทยอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่ต้องได้รับวัคซีน MMR2 ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการฉีดวัคซีน MMR2 และมีการรายงานผลการให้บริการในระบบ HDC				

Building Block	หัวข้อการประเมิน	2 คะแนน	4 คะแนน	6 คะแนน	8 คะแนน	10 คะแนน
การเข้าถึงยาและ เทคโนโลยี	มาตรฐานการบริหาร จัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) (10 คะแนน)	-	-	-	-	-
		สัดส่วนหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ ทั้งหมดในอำเภอ (1 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ร้อยละ 80 - 84 ของ จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ (2 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ร้อยละ 85 - 89 ของ จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ (3 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) ร้อยละ 90 - 95 ของ จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด ในอำเภอ (4 คะแนน)	สัดส่วนหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) มากกว่าร้อยละ 95 ของจำนวนหน่วยบริการ ทั้งหมดในอำเภอ (5 คะแนน)
	<b>เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน</b> : ผลการประเมินมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) โดยวิธี self-assessment ของคลังวัคซีนของหน่วย บริการ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) และหน่วยบริการ					
	<b>หมายเหตุ</b> : 1. ใช้แบบฟอร์มการประเมิน Self-Assessment กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ซึ่งจะจัดส่งให้ภายหลัง 2. มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) หมายถึง มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้านการบริหารจัดการ วัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็น สำหรับบริการประเมินปี 2569					

การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนาตามเกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 (ดีเยี่ยม/Excellent)	25 - 30	การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ยังยืนและเป็นต้นแบบที่ดี	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 (ดี/Good)	19 - 24	การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) สามารถยกระดับการพัฒนาได้	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 (พอใช้/Fair)	13 - 18	การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) พอใช้	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 (ต้องพัฒนา/Developing)	7 - 12	การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ต้องพัฒนา	ต้องการสนับสนุน
ระดับ 1 (ต้องเร่งแก้ไข/Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6	การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ

โดยที่;

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : คลังวัคซีนของหน่วยบริการ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) หน่วยบริการที่ให้บริการวัคซีน และบุคลากรงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สังเกต/สัมภาษณ์/ประเมินตนเอง/นิเทศติดตาม

สูตรคำนวณ : การนับจำนวน และการคิดสัดส่วน

การคิดคะแนนตามสัดส่วนผลสัมฤทธิ์

คะแนนผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ (ร้อยละ 70)	คะแนนผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (ร้อยละ 30)	คะแนนรวม (Score)
70 คะแนน	30 คะแนน	100 คะแนน

ระยะเวลาประเมินผล : สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)  
หรือตามกำหนดระยะเวลาประเมินซึ่งจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

การติดตามกำกับ : ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน  
ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
และ/หรือการประชุมอื่น รวมถึงช่องทางอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

---

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวิทักษ์ วิทักษบุตร เบอร์ติดต่อ 08 2123 2563  
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายธีรโชติ บุญทอง เบอร์ติดต่อ 09 8303 0650  
E-mail: Vaccinechonburi@gmail.com

# **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3**

**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
ที่มีคุณภาพบริการเป็นเลิศ  
และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ  
(ตัวชี้วัดที่ 8-14)**

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ (Service Excellence)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ 8 : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ. ( / ) รพ.สต.

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 85

คำนิยาม :

**หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

**แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

**คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

**บริการสุขภาพปฐมภูมิ** เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลุกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

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

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

**หน่วยบริการ หมายถึง** หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้หน่วยบริการให้หมายรวมถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวามินทราชนิ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครื่องข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 หมายถึง หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570 ใน 8 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ระดับคุณภาพ	ระดับคะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
ระดับ 5 ดีเยี่ยม	100	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วนร้อยละ 85 ขึ้นไปและมี Best practice เป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นได้
ระดับ 4 ดี	80	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วนร้อยละ 85 ขึ้นไป
ระดับ 3 พอใช้	60	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วนร้อยละ 68-84
ระดับ 2 ต้องพัฒนา	40	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วนร้อยละ 51-67
ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข	20	หน่วยบริการผ่านการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วนน้อยกว่าร้อยละ 50

**Best Practice (แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด)** หมายถึง วิธีการ กระบวนการ นวัตกรรม รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือกิจกรรมที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถใช้เป็นต้นแบบเพื่อการเรียนรู้หรือขยายผลให้กับพื้นที่อื่นในต่างอำเภอได้

หลักการสำคัญของ Best Practice คือ

1. First Contact คือ เป็นด่านแรกที่ประชาชนนึกถึง และเลือกเข้ารับบริการ
2. Comprehensiveness คือ บริการที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริม รักษาฟื้นฟู
3. Coordination คือ มีการประสานส่งต่อข้อมูล และช่องทางพิเศษให้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่กรณีเป็นการรักษาเฉพาะทาง
4. Continuity คือ การดูแลอย่างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

2. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

3. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
112 หน่วย	173 หน่วย	203 หน่วย

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในพื้นที่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณ รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล : HDC (70%)

๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
๒. เด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ ร้อยละ 90
๓. ประชากรอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 90
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน ร้อยละ 80
๕. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 40
๖. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 50

เชิงคุณภาพ ร้อยละ 85 ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (30%)

- จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการในระบบลงทะเบียน ล
- การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

แหล่งข้อมูล

เชิงปริมาณ รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล : HDC

เชิงคุณภาพ ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCUstandard.moph.go.th)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่มีในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCUstandard.moph.go.th)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 81 จำนวน 164 หน่วย	ร้อยละ 83 จำนวน 168 หน่วย	ร้อยละ 85 จำนวน 173 หน่วย

วิธีการประเมินผล : - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

เอกสารสนับสนุน : ระบบขึ้นทะเบียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2567
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	0	0	54 ร้อยละ 39.13

หมายเหตุ ผลการประเมินปี 2565 – 2566 ใช้เกณฑ์การตรวจประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้รายงานตัวชี้วัด

- นางปริยา อัสวเมธาพันธ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โทรศัพท์ : 0 3828 5511 ต่อ 2459
- นางสาวไอลดาวัลย์ ศรีมัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
โทรศัพท์ : 0 3828 5511 ต่อ 2459

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการ 5 สาขาหลัก

ตัวชี้วัดที่ 9 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด  
แบบรุนแรง ชนิด Community-acquired

ลักษณะการวัด : (  ) เชิงปริมาณ (  ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. (  ) รพ. ( ) รพ.สต.

### นิยาม

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock ที่ ER

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

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

2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2569 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital acquired sepsis ในปีถัดไป

4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง community-acquired sepsis ที่ ER เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับเกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ข้อมูลที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP  $\geq$  65 mmHg และ มีค่า serum lactate level  $>$  2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ 3)

4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 คะแนน ขึ้นไป (ข้อมูลที่ 4)

4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ข้อมูลที่ 5) หรือ (NEWS) 2 (ข้อมูลที่ 6) ตั้งแต่ 5 คะแนน ขึ้นไป

5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลรายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community-acquired sepsis ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประมวลผลข้อมูลที่ถูกต้องผ่านการตรวจสอบการลง ICD-10 เรียบร้อยแล้ว จาก Health Data Center (HDC) จังหวัดชลบุรี และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ เช่นแบบรายงานที่เก็บรวบรวมได้จากใบ Tracer ของโรงพยาบาล

6. จัดตั้งระบบ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ P+ และ P) คือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤตสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยจากข้อมูลทั้งในและต่างประเทศที่มีการจัดตั้งทีมนี้เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลลดน้อยลง อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นลดน้อยลง จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือนอนในไอซียูลดน้อยลง และอัตราการตายของผู้ป่วยในลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
  - 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
  - 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน
- วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ P+ และ P)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน : จังหวัดชลบุรี ปี 2566-2568

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน 3 ปี		
		2566	2567	2568
1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (severe sepsis หรือ septic shock)	< ร้อยละ 26	37.34	38.21	31.46
2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 90	96.16	97.83	94.57
3. อัตราการได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 90	96.92	87	89.02
4. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมงแรก	≥ ร้อยละ 90	72.75	76.09	60.11
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 30	66.42	77.62	NA
6. จัดตั้งระบบ Rapid Response Team ในรพ.ระดับ P+และ P	ระดับ 3	NA	3 รพ.(ชลบุรี/ พัทยาปทุมคุณ/ พนัสนิคม)	3 รพ.(ชลบุรี/ พัทยาปทุมคุณ/ พนัสนิคม)

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2569

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired sepsis (severe sepsis หรือ septic shock) น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24

**วัตถุประสงค์** เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล** : รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประมวลผลข้อมูลการเสียชีวิตจาก Health Data Center (HDC) จังหวัดชลบุรีและ/หรือแบบรายงานข้อมูลตัวชี้วัด Service Plan จังหวัดชลบุรี โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด

**แหล่งข้อมูล** : แบบรายงานข้อมูลตัวชี้วัด Service Plan จังหวัดชลบุรี รายไตรมาส/ ฐานข้อมูลจากการประมวลผลข้อมูลจาก HDC จังหวัดชลบุรี/ จากเอกสารประเมินตนเองของโรงพยาบาล

**รายการข้อมูลที่ 1**

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และ วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และ วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

รายการข้อมูลชี้ 2 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบตามกรอบ Result โดยวัดจากการรักษาตามมาตรฐานคุณภาพของผู้ป่วยตลอดจนคุณภาพของข้อมูล ดังนี้

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) <b>หมายเหตุ</b> ให้คะแนนเท่ากับร้อยละที่ดำเนินการได้	ร้อยละ 50 - 59	ร้อยละ 60 - 69	ร้อยละ 70 - 79	ร้อยละ 80 - 89	ร้อยละ 90	รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง
	อัตราการได้รับ IV 30 mg/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในการประเมินข้อห้าม) <b>หมายเหตุ</b> ให้คะแนนเท่ากับร้อยละที่ดำเนินการได้	ร้อยละ 50 - 59	ร้อยละ 60 - 69	ร้อยละ 70 - 79	ร้อยละ 80 - 89	ร้อยละ 90	รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับ IV 30 mg/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก
	อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง	< ร้อยละ 16 <b>หมายเหตุ</b> การให้คะแนน < ร้อยละ 12 ได้ 60 คะแนน ร้อยละ 12-12.9 ได้ 62 คะแนน ร้อยละ 13-13.9 ได้ 64 คะแนน ร้อยละ 14 -14.9 ได้ 66 คะแนน ร้อยละ 15-15.9 ได้ 68 คะแนน	ร้อยละ 16 - 20.9 <b>หมายเหตุ</b> การให้คะแนน ร้อยละ 16-16.9 ได้ 70 คะแนน ร้อยละ 17-17.9 ได้ 72 คะแนน ร้อยละ 18-18.9 ได้ 74 คะแนน ร้อยละ 19-19.9 ได้ 76 คะแนน ร้อยละ 20-20.9 ได้ 78 คะแนน	ร้อยละ 21 - 25.9 <b>หมายเหตุ</b> การให้คะแนน ร้อยละ 21-21.9 ได้ 80 คะแนน ร้อยละ 22-22.9 ได้ 82 คะแนน ร้อยละ 23-23.9 ได้ 84 คะแนน ร้อยละ 24-24.9 ได้ 86 คะแนน ร้อยละ 25-25.9 ได้ 88 คะแนน	ร้อยละ 26 - 29.9 <b>หมายเหตุ</b> การให้คะแนน ร้อยละ 26-26.9 ได้ 90 คะแนน ร้อยละ 27-27.9 ได้ 92 คะแนน ร้อยละ 28-28.9 ได้ 94 คะแนน ร้อยละ 29-29.9 ได้ 96 คะแนน	ร้อยละ 30 <b>หมายเหตุ</b> การให้คะแนน ร้อยละ 30 ได้ 100 คะแนน	รายงานข้อมูลผู้ป่วย

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB ในผู้ป่วย severe sepsis หรือ septic shock ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ร้อยละ 50 - 59	ร้อยละ 60 - 69	ร้อยละ 70 - 79	ร้อยละ 80 - 89	ร้อยละ 90	รายงานข้อมูล ผู้ป่วย ได้รับการ เจาะ H/C ก่อนให้ ATB
	การสร้างระบบ Rapid Response System/ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	-	-	มีเอกสารหรือ หลักฐานที่ใช้ประเมิน 1 ข้อ (10 คะแนน)	มีเอกสารหรือ หลักฐานที่ใช้ ประเมิน 2 ข้อ (50 คะแนน)	มีเอกสารหรือ หลักฐานที่ใช้ ประเมิน 3 ข้อ (100 คะแนน)	1) จัดตั้ง คณะกรรมการ /คณะทำงาน 2) มีแนวทาง Rapid Response System ในโรงพยาบาล 3) มีการ นำเสนอ ผลงานในแม่ตละเดือน มี การบันทึก เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1	หัวข้อการประเมิน	ผลกระทบ
แบบรายงานผลการวิเคราะห์วิเคราะห์สาเหตุการตาย	มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุ การตาย ทุกราย และมี การรายงาน ตาม เวลาที่กำหนด (100 คะแนน)	มีการทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุ การตาย ทุกราย และมี การ รายงาน ผล (80 คะแนน)	มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุ การตาย ทุกราย (60 คะแนน)	มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุ การตาย บางราย (40 คะแนน)	ไม่มีการทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุการตาย (20 คะแนน)	การทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุ การตาย	ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล

- 1) เกณฑ์การให้คะแนน : โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง  
1.1) ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (ร้อยละ 70)

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis (severe sepsis หรือ septic shock) < ร้อยละ 24
9	ร้อยละ 24.01-26
8	ร้อยละ 26.01-28
7	ร้อยละ 28.01-30
6	ร้อยละ 30.01-32
5	ร้อยละ 32.01-34
4	ร้อยละ 34.01-36
3	ร้อยละ 36.01-38
2	ร้อยละ 38.01-40
1	< ร้อยละ 40.01

1.2) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 30)  
การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86-100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน</li> <li>- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic <math>\geq</math> ร้อยละ 90</li> <li>- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) <math>\geq</math> ร้อยละ 90</li> <li>- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) <math>\geq</math> ร้อยละ 90</li> <li>- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง <math>\geq</math> ร้อยละ 30</li> <li>- การสร้างระบบ Rapid Response System/ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน ครบ 3 ข้อ</li> <li>- มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทุกราย และมีการรายงานเวลาที่กำหนดระดับคุณภาพ</li> </ul>
ระดับ 4 = ดี (Good)	71-85	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 80 - 89</li> <li>- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 80 - 89</li> <li>- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 80 - 89</li> <li>- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 26 - 29.9</li> <li>- การสร้างระบบ Rapid Response System/ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน 2 ข้อ</li> <li>- มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทุกราย และมีการรายงานผล</li> </ul>

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56-70	<p>ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 70 - 79</li> <li>- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 70 - 79</li> <li>- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 70 - 79</li> <li>- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 21 – 25.9</li> <li>- การสร้างระบบ Rapid Response System/ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน 1 ข้อ</li> <li>- มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทุกราย</li> </ul>
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41-55	<p>ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับปรุงกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 60 - 69</li> <li>- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 60 - 69</li> <li>- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 60 - 69</li> <li>- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 16 – 20.9</li> <li>- มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายบางราย</li> </ul>
ระดับ 1 = ต้องเร่ง แก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	<p>ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับปรุงกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 50 - 59</li> <li>- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 50 - 59</li> <li>- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 50 - 59</li> <li>- อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 11 – 15</li> <li>- ไม่มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายบางราย</li> </ul>

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ x 0.7 = Score	(คะแนนที่ได้ ÷ 10) x 0.3 = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)	

- หมายเหตุ :
1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
  2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
  3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น (คะแนนที่ได้ ÷ 10) x 0.3 = Score

วิธีการประเมินผล	แบบรายงาน Service Plan รายไตรมาสควบคู่กับการประมวลผลข้อมูลจาก HDC จังหวัดชลบุรี และแบบประเมินตนเอง
เอกสารสนับสนุน	1 แบบรายงาน /การนิเทศหน้างาน 2 จากเอกสารหน่วยงานประเมินตนเอง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางสาวพรธิรา ตั้งสุวรรณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 08 3456 3408 E-mail: qspchon@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางเอมอรณัฐ เกียรติศักดิ์วิณิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 0 3828 5511 ต่อ 2453 E-mail: qspchon@gmail.com



ข้อมูลที่ 5. Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
<b>Systolic BP (mmHg)</b>	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
<b>Heart rate (beats per minute)</b>	
≤40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
11-129	+2
≥200	+3

Criteria	Point Value
<b>Respiratory rate (beats per minute)</b>	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
<b>Temperature in C ( F )</b>	
<35 (<95)	+2
35-38.4 (95-101.12)	0
≥38.5 C (101.3)	+2

#### Interpretation

- A score  $\geq 5$  is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

ข้อมูลที่ 6. The National Early Warning Score (NEWS) 2

NEWS Score	3	2	1	0	1	2	3
อัตราการหายใจ (Respiratory Rate)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate)	≤40		41-50	51-90	91- 110	111-130	≥131
ความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness)				A			V,P or U
อุณหภูมิกาย (Body Temperature)	≤35		35.1-36.0	36.1-38	38.1- 39	≥39.1	
Oxygen saturation	≤91	92-93	94-95	≥96			
Any supplemental oxygen		Yes		No			

**หลักการประเมินของ The National Early Warning Score (NEWS) 2**

ประเมินจากสัญญาณชีพ 7 อย่าง ได้แก่ อัตราการหายใจ, ความอิ่มตัวของออกซิเจน, การใช้ออกซิเจนเสริม, ความดันโลหิตซิสโตลิก, อัตราการเต้นหัวใจ, ระดับความรู้สึกตัว และอุณหภูมิ โดยแต่ละค่าที่ผิดปกติจะถูกให้คะแนน (0 ถึง 3) นำคะแนนมารวมกันเป็น NEWS Score รวม เพื่อบ่งบอกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ระดับคะแนนและแนวปฏิบัติ

- 0 - 3 คะแนน: สัญญาณชีพปกติ/ใกล้เคียงปกติ (เช่น อุณหภูมิ 36.1-38°C, HR 51-90), ให้เฝ้าระวังตามปกติ
  - 4 - 7 คะแนน: ความเสี่ยงปานกลาง, ต้องเพิ่มความถี่ในการเฝ้าระวัง (เช่น ทุก 1-2 ชม.) และพิจารณาแจ้งแพทย์
  - ≥ 8 คะแนน: ความเสี่ยงสูง/วิกฤต, ต้องรายงานแพทย์ทันที และดำเนินการตามแนวทางอย่างเร่งด่วน (อาจรวมถึงการพิจารณา ICU) หมายเหตุ: เข้าเกณฑ์การคัดกรองภาวะ Sepsis เมื่อระดับคะแนน ≥ 5
- เข้าเกณฑ์การคัดกรองภาวะ Sepsis เมื่อระดับคะแนน ≥ 5

**หมายเหตุ การพัฒนา acute care unit (ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ICU)**

1. อัตราส่วนพยาบาล : พยาบาลที่ดูแลใน acute care unit 1:4
2. สมรรถนะพยาบาล : พยาบาลที่มีอายุงาน > 3 ปี หรือมีพยาบาลวิกฤตเป็นหัวหน้าทีมดูแล
3. central monitor : เครื่องข่าย 8 ตำแหน่ง ต่อ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม หรือ อายุรกรรม ระดับ P, P+
4. เครื่องข่าย 4 ตำแหน่ง ต่อ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม หรือ อายุรกรรม ระดับ A, A+
5. เครื่องข่าย 4 ตำแหน่ง ต่อ 1 โรงพยาบาล ระดับ S, S+
6. HFNC : ที่เพียงพอตามจำนวนเตียงของ acute care unit

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ 10 : ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)  
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88

2. ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพ  
รังสีทรวงอก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 (เฉพาะอำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุงและ  
อำเภอบ้านบึง)

ลักษณะการวัด : ( / ) เเชิงปริมาณ ( / ) เเชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) คปสอ.

### ส่วนที่ 1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)

คำนิยาม :

1. ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

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

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

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

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

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

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

#### 4. เงื่อนไขการคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

4.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย

4.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin-resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Pre-extensively drug-resistant Tuberculosis (Pre-XDR-TB) หรือ Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

4.3 ผู้ป่วยวัณโรคโอนออก (transfer out) ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น โดยที่สถานพยาบาลที่โอนไปรับโดยขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) ผู้ป่วยดังกล่าวจะไม่ถูกนำมาประเมินผลการรักษาของสถานพยาบาลที่โอนออก

4.4 ผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) จะถูกนำมาประเมินผลการรักษากับผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาลที่รับโอน (สถานพยาบาลสุดท้ายที่ทำการรักษา) ตามประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากสถานพยาบาลที่โอนออก

5. การประเมินอัตราการขาดยา (loss follow-up) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา เริ่มรักษาและต่อมาขาดยาตั้งแต่ ๒ เดือนติดต่อกันขึ้นไป

6. ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วหรือประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานและ/หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก ได้แก่

- 6.1 ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด (ผู้สัมผัสร่วมบ้านและใกล้ชิด)
- 6.2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ
- 6.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 6.4 ผู้ป่วยโรคที่ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C  $\geq$  7 mg%) ผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- 6.5 ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคเบาหวาน
- 6.6 ผู้ใช้สารเสพติด
- 6.7 บุคลากรสาธารณสุข

7. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) เทียบกับค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (146 ต่อประชากรแสนคน)

8. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค 146 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2025)

9. การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษา ในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	≥ ร้อยละ 88	87.20	83.28	81.82
อัตราการขาดยา (loss follow-up)	< ร้อยละ 3	4.27	6.23	7.69
ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	≥ ร้อยละ 83	N/A	N/A	N/A
อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	≥ ร้อยละ 85	99.74	95.59	112.99

เกณฑ์การให้คะแนน : คิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด (70 : 30)

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ

ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ โดยกำหนดเกณฑ์เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย		
	2569	2570	2571
อัตราการขาดยา (loss follow-up)	น้อยกว่าร้อยละ 3		
อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88		

เกณฑ์การให้คะแนน :

**ประเมินผลครั้งที่ 1** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีอัตราการขาดยา (loss follow-up) < ร้อยละ 3

- ระยะเวลาประเมินผล : 1. สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 (วันที่ 30 เมษายน 2569)  
2. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกเดือน

ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3	70
2	ร้อยละ 3.1	65
3	ร้อยละ 3.2	60
4	ร้อยละ 3.3	55
5	ร้อยละ 3.4	50
6	ร้อยละ 3.5	45
7	ร้อยละ 3.6	40
8	ร้อยละ 3.7	35
9	ร้อยละ 3.8	30
10	ร้อยละ 3.9	25
11	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4	0

**ประเมินผลครั้งที่ 2** ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ > ร้อยละ 88

- ระยะเวลาประเมินผล : 1. สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)  
2. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกเดือน

ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88	70
2	ร้อยละ 86 - 87	65
3	ร้อยละ 84 - 85	60
4	ร้อยละ 82 - 83	55
5	ร้อยละ 80 - 81	50
6	ร้อยละ 78 - 79	45
7	ร้อยละ 76 - 77	40
8	ร้อยละ 74 - 75	35
9	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 73	0

โดยที่;

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล** : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

สูตรคำนวณ ครั้งที่ 1 : อัตราการขาดยา =  $\frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ขาดยา

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย

สูตรคำนวณ ครั้งที่ 2 : อัตราความสำเร็จการรักษา =  $\frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย		
	2569	2570	2571
ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 83		
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ร้อยละ 85		

ระยะเวลาประเมินผล : 1. สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569) หรือตามกำหนดระยะเวลาประเมิน ซึ่งจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

2. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกเดือน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : 1. ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วหรือ ประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค เป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาส สัมผัสเชื้อโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานและ/หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ยาก ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด (ผู้สัมผัสร่วมบ้านและใกล้ชิด) ผู้ต้องขังใน เรือนจำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคที่ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C  $\geq$  7 mg%) ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้น เรื้อรัง (COPD) หรือโรคเบาหวาน ผู้ใช้สารเสพติด และบุคลากรสาธารณสุข

2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรค  
ของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

$$\text{สูตรคำนวณ 1 : การคัดกรองวัณโรค} = \frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 1 ที่เข้ารับบริการ

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 1

$$\text{สูตรคำนวณ 2 : อัตราความครอบคลุม} = \frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษา

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2 ที่เทียบกับค่าคาดประมาณ  
อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	3 คะแนน	6 คะแนน	9 คะแนน	12 คะแนน	15 คะแนน
การเข้าถึงบริการ	หัวข้อการประเมิน ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรอง วินิจฉัยด้วยการ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (๑๕ คะแนน)	ร้อยละ 55 - 61	ร้อยละ 62 - 68	ร้อยละ 69 - 75	ร้อยละ 76 - 82	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 83
ความครอบคลุม การรักษา	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน : โปรแกรม NTIP อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) (15 คะแนน)	น้อยกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ 70 - 74	ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 84	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน : โปรแกรม NTIP					

การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ
ระดับ 5 (ดีเยี่ยม/Excellent)	26 - 30	ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน
ระดับ 4 (ดี/Good)	21 - 25	ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนากระบวนการบางอย่างตนเอง
ระดับ 3 (พอใช้/Fair)	16 - 20	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 (ต้องพัฒนา/Developing)	11 - 15	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับปรุงผลลัพธ์หรือระบบสนับสนุน
ระดับ 1 (ต้องเร่งแก้ไข/Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน

การคิดคะแนนตามสัดส่วนผลสัมฤทธิ์

อำเภอ	คะแนนผลสัมฤทธิ์ เชิงปริมาณ (ร้อยละ 70)	คะแนนผลสัมฤทธิ์ เชิงคุณภาพ (ร้อยละ 30)	คะแนนรวม (Score)
เมืองชลบุรี บางละมุง บ้านบึง	56 คะแนน	24 คะแนน	80 คะแนน
อำเภออื่น ๆ	70 คะแนน	30 คะแนน	100 คะแนน

ระยะเวลาประเมินผล : สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 (วันที่ 30 เมษายน 2569)  
และสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)  
หรือตามกำหนดระยะเวลาประเมินซึ่งจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

การติดตามกำกับ : ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน  
ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ/หรือการประชุมอื่น  
รวมถึงช่องทางอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก  
(เฉพาะอำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุงและอำเภอบ้านบึง)

คำนิยาม :

1. ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ หมายถึง ผู้ต้องขังที่รับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน มีกำหนดพ้นโทษออกจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน และเคยได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) มานานกว่า 6 เดือน หรือไม่เคยมาก่อน
2. ผู้ต้องขังแรกรับ หมายถึง ผู้ต้องขังที่รับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ตั้งแต่วันแรกรับ ถึง 30 วัน นับจากวันที่เข้าสู่เรือนจำ/ทัณฑสถาน
3. ผู้ต้องขังรายเก่า หรือผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ หมายถึง ผู้ต้องขังที่รับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ตั้งแต่ 31 วันขึ้นไป และเคยได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) มานานกว่า 6 เดือน หรือไม่เคยมาก่อน
4. การดูแลรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ หมายถึง การที่เรือนจำ/ทัณฑสถานดำเนินการตามมาตรฐานคุณภาพการป้องกันและรักษาวัณโรคในเรือนจำ (Assessment for Quality of Tuberculosis Prevention and Care in Prison : QTBP)
5. ห้องแยกกัก หมายถึง สถานที่แยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (AFB positive) ที่ได้มาตรฐานการป้องกันการแพร่เชื้อทางอากาศ ซึ่งจัดให้มีหน้าต่างหรือช่องลม มีแสงแดดส่องถึง ใช้พัดลมเปิดทิศทางเดียว และไม่มีผู้ป่วยอื่นนอนรวมในสถานที่เดียวกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ อาจจัดให้มีห้องน้ำแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และจัดให้มีห้องดังกล่าวในทุกแดนของเรือนจำ/ทัณฑสถาน ทั้งนี้ อาจใช้ห้องความดันลบ หรือห้องที่ปรับเป็นห้องความดันลบได้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ 35	N/A	N/A	N/A
ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ 100	80.6	100	100
ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ 90	100	100	100
ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองและป่วยเป็นวัณโรค ได้รับการรักษา หลังทราบผลผิดปกติ	ภายใน 14 วัน	N/A	N/A	N/A
ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	มีห้องแยกกัก	N/A	N/A	N/A

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อคัดกรอง และค้นหาผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคก่อนแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ/ทัณฑสถาน
2. เพื่อนำผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษา
3. เพื่อลดอัตราการป่วย และยุติปัญหาวัณโรคของผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถาน

เกณฑ์การให้คะแนน : คิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด (7. : 30)

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ

ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ โดยกำหนดเกณฑ์เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย		
	2569	2570	2571
ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 35	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	

เกณฑ์การให้คะแนน :

ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35	70
2	ร้อยละ 31.25 – 34.99	65
3	ร้อยละ 27.50 – 31.24	60
4	ร้อยละ 23.75 – 27.49	55
5	ร้อยละ 20.00 – 23.74	50
6	ร้อยละ 16.25 – 19.99	45
7	ร้อยละ 12.50 – 16.24	40
8	ร้อยละ 8.75 – 12.49	35
9	ร้อยละ 5.00 – 8.74	30
10	น้อยกว่าร้อยละ 5	25

โดยที่;

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :** ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ หมายถึง ผู้ต้องขังที่รับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน มีกำหนดพ้นโทษออกจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน และเคยได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) มานานกว่า 6 เดือน หรือไม่เคยมาก่อน

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล :** บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program) และฐานข้อมูลหรือระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน

**สูตรคำนวณ :**

$$\text{การคัดกรอง} = \frac{\text{รายการข้อมูล 1}}{\text{รายการข้อมูล 2}} \times 100$$

รายการข้อมูล 1 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ CXR

รายการข้อมูล 2 : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย

**ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ** โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามผลการประเมินดังนี้

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย		
	2569	2570	2571
ผู้ต้องขังแรกที่ได้รับบริการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ 100		
ผู้ต้องขังรายเก่าที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90		
ผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดกรองและป่วยเป็นวัณโรค ได้รับการรักษา หลังทราบผลผิดปกติ	ภายใน 14 วัน		
ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	มีห้องแยกกัก		

โดยที่;

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เรือนจำ/ทัณฑสถาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สังกัด/สัมภาษณ์/ประเมินตนเอง/นิเทศติดตาม/บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค  
ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National  
Tuberculosis Information Program) และฐานข้อมูลหรือระบบสารสนเทศของ  
หน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน

สูตรคำนวณ : การนับจำนวน และการหาค่าร้อยละ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ผลการประเมิน	หัวข้อการประเมิน	2 คะแนน	4 คะแนน	6 คะแนน	8 คะแนน	10 คะแนน
ผลกระทบบริการ	ผู้ต้องขังแรกจับและ ผู้ต้องขังรายเก่า ได้รับ การคัดกรองวงโรค (10 คะแนน)	มีระบบคัดกรองเบื้องต้น ผู้ต้องขังบางส่วนไม่ได้รับ การคัดกรองและบุคลากร ขาดความพร้อมหรืออุปกรณ์ ไม่เพียงพอ	(A1) ครอบคลุมการคัดกรองเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ต้องขังแรกจับได้รับการคัดกรองวงโรคภายในเวลาไม่เกิน 30 วัน หลังจับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (A2) ครอบคลุมการคัดกรองเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ต้องขังแรกจับได้รับการคัดกรองวงโรคภายในเวลา 15-30 วัน หลังจับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (A3) ครอบคลุมการคัดกรองเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ต้องขังแรกจับได้รับการคัดกรองวงโรคภายในเวลา 8-14 วัน หลังจับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (A4) ครอบคลุมการคัดกรองเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ต้องขังแรกจับได้รับการคัดกรองวงโรคภายในเวลา 1-7 วัน หลังจับไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน	และ (B1) ผู้ต้องขังรายเก่าที่ไม่ได้รับการคัดกรองมานานกว่า 6 เดือน น้อยกว่าร้อยละ 90 ได้รับการคัดกรองวงโรค (B2) ผู้ต้องขังรายเก่าที่ไม่ได้รับการคัดกรองมานานกว่า 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ได้รับการคัดกรองวงโรค พิชิตรรณ A ร่วมกับ B โดยใช้ตาราง Matrix ให้คะแนน	Matrix B1 B2	A1 A2 A3 A4 4 คะแนน 6 คะแนน 6 คะแนน 8 คะแนน 6 คะแนน 6 คะแนน 8 คะแนน 10 คะแนน
ความครอบคลุม การรักษา	เอกสารหรือหลักฐานที่ ผู้ต้องขังที่ได้รับ การคัดกรอง และ ป่วยเป็นวงโรค ได้รับการรักษา (10 คะแนน)	เอกสารหรือหลักฐานที่ ใช้ประเมิน : รายงานผลการ ดำเนินการคัดกรองวงโรคผู้ ต้องขังจากโปรแกรม NTPP หรือฐานข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน	เอกสารหรือหลักฐานที่ ใช้ประเมิน : รายงานผลการ ดำเนินการคัดกรองวงโรคผู้ ต้องขังจากโปรแกรม NTPP หรือฐานข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน	เอกสารหรือหลักฐานที่ ใช้ประเมิน : รายงานผลการ ดำเนินการคัดกรองวงโรคผู้ ต้องขังจากโปรแกรม NTPP หรือฐานข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน	เอกสารหรือหลักฐานที่ ใช้ประเมิน : 1. รายงานผลการ ดำเนินการคัดกรองวงโรคผู้ ต้องขังจากโปรแกรม NTPP หรือฐานข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน 2. รายงานระยะเวลาการ เข้าสู่กระบวนการรักษา วงโรคของผู้ต้องขังที่ป่วย	เอกสารหรือหลักฐานที่ ใช้ประเมิน : 1. รายงานผลการ ดำเนินการคัดกรองวงโรคผู้ ต้องขังจากโปรแกรม NTPP หรือฐานข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน 2. รายงานระยะเวลาการ เข้าสู่กระบวนการรักษา วงโรคของผู้ต้องขังที่ป่วย

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	2 คะแนน	4 คะแนน	6 คะแนน	8 คะแนน	10 คะแนน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ (10 คะแนน)	ไม่มีห้องแยกกักเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรค	มีห้องแยกกักเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรค แต่ไม่ได้แยกวัณโรคระยะการแพร่เชื้อ และพันธุกรรมแพร่เชื้อ	มีห้องแยกกักเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรค อยู่ในแดนใดแดนหนึ่ง เช่น แคนแกร็บ เรือนนอน แคนหญิง และไม่ได้จัดให้มีห้องน้ำแยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยวัณโรค	มีห้องแยกกักเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรคครบทุกแดน เช่น แคนแกร็บ เรือนนอน แคนหญิง และจัดให้มีห้องน้ำแยกเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรค	มีห้องแยกกักเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังป่วยวัณโรคครบทุกแดน และมีห้องความดันลบ (negative pressure room) หรือห้องที่ปรับเป็นห้องความดันลบ (modified negative pressure room) อย่างน้อย 1 ห้อง
เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน : 1. รายงานผลการดำเนินงานของข้อมูลหน่วยบริการ เรือนจำ/ทัณฑสถาน 2. รายงานผลการประเมินมาตรฐานคุณภาพการป้องกันและรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBIP) 3. รายงานการจัดการห้องแยกโรคภายในเรือนจำ/ทัณฑสถาน						

การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ
ระดับ 5 (ดีเยี่ยม/Excellent)	26 – 30	ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน
ระดับ 4 (ดี/Good)	21 - 25	ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ระดับ 3 (พอใช้/Fair)	16 - 20	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 (ต้องพัฒนา/Developing)	11 - 15	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน
ระดับ 1 (ต้องเร่งแก้ไข/Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน

การคิดคะแนนตามสัดส่วนผลสัมฤทธิ์

อำเภอ	คะแนนผลสัมฤทธิ์ เชิงปริมาณ (ร้อยละ 70)	คะแนนผลสัมฤทธิ์ เชิงคุณภาพ (ร้อยละ 30)	คะแนนรวม (Score)
เมืองชลบุรี บางละมุง บ้านบึง	14 คะแนน	6 คะแนน	20 คะแนน
อำเภออื่น ๆ	-	-	-

ระยะเวลาประเมินผล : สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)  
หรือตามกำหนดระยะเวลาประเมินซึ่งจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

การติดตามกำกับ : ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน  
ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ/หรือการประชุมอื่น  
รวมถึงช่องทางอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวิทักษ์ วิทักษบุตร เบอร์ติดต่อ 08 2123 2563

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัญญาพัฒน์ ฝั่งนที เบอร์ติดต่อ 09 5054 1464

นางสาวอัญญิกา สว่างวงศ์ เบอร์ติดต่อ 08 0564 8178

E-mail: nida.kkk@hotmail.com

nantiya\_28@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ปีงบประมาณ 2569

ตัวชี้วัดที่ 11 : ระดับความสำเร็จของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ลักษณะการวัด : ( / ) เจริญปริมาณ ( / ) เจริญคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

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

**การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันเวลาที่ 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และต้านกัน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและต้านกัน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ สังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ 7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มาใช้บริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ: กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลไม่ให้เกิดกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
1) จำนวนของผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดชลบุรี	จำนวน (คน)	934	690	683
2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพจังหวัดชลบุรี	ร้อยละ	-	96.60	100

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน : คิดคะแนนอัตราส่วน ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ : ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ = 70:30 ดังนี้

(A) คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	(B) คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ × 0.7 = คะแนน	(ระดับคะแนนที่ได้ ÷ 10) × 0.3 = คะแนน
คะแนนรวม เต็ม 10 คะแนน = A+B	

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

$$\text{สูตรคำนวณ} : (A/B) \times 100$$

#### คำอธิบายสูตร

A คือ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนด 7 กิจกรรม ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (แหล่งข้อมูล: จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข จากรายงาน รง 506S version 11)

B คือ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2569 (แหล่งข้อมูล: คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวข้อ ร้อยละการเข้าถึงบริการ ข้อ 2.7)

ตารางแสดงหลักเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์ผลการดำเนินงาน	คะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ร้อยละ	< 5	5-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80

แหล่งข้อมูล : 1.จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกรายอำเภอ จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต รง 506S version 11

2.จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional self-harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข

เงื่อนไข : ผลงานผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ตามนิยามการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ)

ต้องดำเนินกิจกรรมตามแนวทางครบทั้ง 7 กิจกรรม ดังนี้

- 1) มีการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันเวลาที่
- 2) มีการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84)
- 3) มีการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน
- 4) มีการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง
- 5) มีการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย
- 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ สังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่

7) มีการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน  
หมายเหตุ: กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา

**ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์** คัดระดับคะแนนตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks (องค์การอนามัยโลก) โดยใช้ Building Block หัวข้อ การให้บริการสุขภาพ ตามมาตรการหลักของกรมสุขภาพจิต ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดงหลักเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	ระดับ 1 20 คะแนน	ระดับ 2 40 คะแนน	ระดับ 3 60 คะแนน	ระดับ 4 80 คะแนน	ระดับ 5 100 คะแนน
1.การวิเคราะห์ลงบันทึก รายงานข้อมูล รง.506S (แนวโน้ม/กลุ่มเสี่ยง/GAP ระบบบริการสุขภาพ)	- ลงบันทึกข้อมูล เป็นปัจจุบัน ข้อมูลมีความ น่าเชื่อถือ แต่ยังไม่ครบถ้วน	- ลงบันทึกข้อมูล เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ และ ข้อมูลมีความ ครบถ้วนเพียงพอ สำหรับการ วิเคราะห์สภาพ ปัญหาพื้นที่	มีคะแนนระดับ 2 เต็มและ - มีการวิเคราะห์ ข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง - มีการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัย กระตุ้นของ ผู้พยายามฆ่าตัว ตาย	มีคะแนนระดับ 3 เต็มและ -มีการวิเคราะห์ GAP ของระบบ บริการที่เกิดขึ้นใน กลุ่มเสี่ยง -นำข้อมูลมาใช้ วางแผนแก้ไข ระบบบริการ	มีคะแนนระดับ 4 เต็มและ - มีการแสดง แนวโน้ม ระบุกลุ่มเสี่ยง/การ กระจายในพื้นที่ วิเคราะห์ระบบ บริการที่เกี่ยวข้อง กับกลุ่มเสี่ยง และ แนวทางการพัฒนา หรือปรับปรุง - มีแผนมาตรการ แก้ไขเชิงรุกใน ชุมชน ที่ชัดเจน
2.การประเมิน Suicidality (แบบ ประเมินความรุนแรงการ ฆ่าตัวตาย 8 Q) และขึ้น ทะเบียนผู้พยายามฆ่าตัว ตาย	- จำนวนกลุ่ม เสี่ยงและผู้ พยายามฆ่าตัว ตายได้รับการ ประเมิน 8Q < 50 % - มีทะเบียนกลุ่ม เสี่ยงและผู้ พยายามฆ่าตัว ตาย แต่ไม่เป็น ปัจจุบัน	- จำนวนกลุ่มเสี่ยง และผู้พยายามฆ่า ตัวตายได้รับการ ประเมิน 8Q ≥ 50 % - 59% - มีทะเบียนกลุ่ม เสี่ยงและผู้พยายาม ฆ่าตัวตายครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน	- จำนวนผู้ พยายามฆ่าตัว ตายได้รับการ ประเมิน 8Q ≥ 60 - 69 % - มีทะเบียนกลุ่ม เสี่ยงและผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ครบถ้วนถูกต้อง ครอบคลุม เป็น ปัจจุบัน	- จำนวนผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมิน 8Q ≥ 70 - 79 % - มีทะเบียนกลุ่ม เสี่ยงและผู้พยายาม ฆ่าตัวตายครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน	- ผู้พยายามฆ่าตัว ตายได้รับการ ประเมิน 8Q ≥ 80 % - มีทะเบียนกลุ่ม เสี่ยงและผู้พยายาม ฆ่าตัวตายครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม เป็นปัจจุบันและมี การติดตามผลอย่าง น้อย 1 ครั้ง ตาม ความรุนแรงของ ระดับปัญหา

หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	ระดับ 1 20 คะแนน	ระดับ 2 40 คะแนน	ระดับ 3 60 คะแนน	ระดับ 4 80 คะแนน	ระดับ 5 100 คะแนน
3.การดูแลรักษาตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย	- มีแนวทางการดูแลรักษาแต่ไม่มีการแบ่งการรักษาดูแลตามระดับความเสี่ยง	- จำนวนของกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลตามแนวทางการระดับความเสี่ยง < 50% - มีแนวทางการดูแลรักษา มีการแบ่งการรักษาดูแลตามระดับความเสี่ยง	- จำนวนของกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลตามแนวทางการระดับความเสี่ยง $\geq$ 50% - 60 % - มีแนวทางการดูแลรักษา มีการแบ่งการรักษาดูแลตามระดับความเสี่ยง	- จำนวนของกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย $\geq$ 60% - 70 % ได้รับการดูแลตามระดับความเสี่ยงอย่างครบถ้วน ถูกต้องในแต่ละรายกรณี - มีแนวทางการดูแลรักษา มีการแบ่งการรักษาดูแลตามระดับความเสี่ยง	- จำนวนของกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย $\geq$ 70% ได้รับการดูแลตามระดับความเสี่ยงอย่างครบถ้วน ถูกต้องในแต่ละรายกรณี - มีแนวทางการดูแลรักษา มีการแบ่งการรักษาดูแลตามระดับความเสี่ยง - มีการประชุมรายกรณี (Conference case)
4.ฝึกอบรมญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง หรือผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มีความรู้ ทักษะการสังเกต สัญญาณเตือน การดูแลเฝ้าระวังและการส่งต่อสู่ระบบบริการ	- มีแผนปฏิบัติงานจัดทีมบุคลากร ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย - มีตารางแสดงถึงการจัดบริการให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแลเรื่องสัญญาณเตือนและการช่วยเหลือเบื้องต้น	- จำนวนญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ < 50% - มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในการให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลเรื่องสัญญาณเตือนและการช่วยเหลือ	- จำนวนญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ $\geq$ 50% - 59% - มีการจัดอบรมหรือส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลเรื่องสัญญาณเตือนและการช่วยเหลือ	- จำนวนญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ $\geq$ 60% - 79% และมีการจัดอบรมหรือส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล - มีการติดตามประเมินผลญาติหรือผู้ดูแลภายหลังได้รับบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง	- จำนวนญาติ/ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ $\geq$ 80% และมีการจัดอบรมหรือส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล - มีการติดตามประเมินผลญาติหรือผู้ดูแลภายหลังได้รับบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง - มีการจัดทำสื่อคู่มือ แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนทั่วไป

หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	ระดับ 1 20 คะแนน	ระดับ 2 40 คะแนน	ระดับ 3 60 คะแนน	ระดับ 4 80 คะแนน	ระดับ 5 100 คะแนน
5.เยี่ยม / ติดตาม ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Follow-up) ≥ มากกว่า หรือเท่ากับ 1 ครั้ง ตามระดับ ความรุนแรง	- มีการเยี่ยม บ้านผู้พยายาม ฆ่าตัวตายหรือ นัดติดตาม เพียงครั้งเดียว แต่ไม่มีการ บันทึกข้อมูล การติดตามลงใน รง.506S (ข้อ 7)	- จำนวนผู้พยายาม ฆ่าตัวตายได้รับการ เยี่ยม/นัดติดตาม < 50% - บันทึกข้อมูลการ เยี่ยมบ้าน/ติดตาม ลงใน รง.506S (ข้อ7) สมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน < 50%	- จำนวนผู้ พยายามฆ่าตัว ตาย ได้รับการ เยี่ยม / นัด ติดตาม และ เยี่ยมครอบครัว หรือผู้ดูแล ≥ 50% -69% - บันทึกข้อมูล การติดตามลงใน รง.506S (ข้อ7) สมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ≥ 50% - 69%	- จำนวนผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการเยี่ยม / นัด ติดตาม และ เยี่ยมครอบครัว หรือผู้ดูแล ≥ 70% -89% - บันทึกข้อมูล การติดตามลงใน รง.506S (ข้อ7) สมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ≥ 70% -89%	- จำนวนผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการเยี่ยม / นัด ติดตาม และ เยี่ยมครอบครัว หรือผู้ดูแล ≥ 90% - บันทึกข้อมูล การติดตามลงใน รง.506S (ข้อ7) สมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ≥ 90%
6.ติดตามดูแล ช่วยเหลือ ผู้ได้รับผลกระทบจาก การฆ่าตัวตาย (Post-vention)	- จำนวนของ การ ติดตามผู้ได้รับ ผลกระทบ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อจำนวน เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น < 50% - ไม่มีการ บันทึกรายงาน การเยี่ยมบ้าน	- จำนวนของการ ติดตามผู้ได้รับ ผลกระทบ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อจำนวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น < 50% - มีการบันทึก รายงานการเยี่ยม บ้านแต่ไม่สมบูรณ์ - มีแนวทาง การเฝ้าระวังผู้ได้รับ ผลกระทบจากการ ฆ่าตัวตายในชุมชน และดำเนินงานตาม แผนงาน	- จำนวนของการ ติดตามผู้ได้รับ ผลกระทบ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อจำนวน เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น ≥ 50-69 % - มีการบันทึก รายงาน รง.506S ข้อ 6 และข้อ 9 ไม่สมบูรณ์	- จำนวนของการ ติดตามผู้ได้รับ ผลกระทบ อย่าง น้อย 1 ครั้ง ต่อจำนวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ≥70 % - มีบันทึกใน ระบบ รง.506S ข้อ 6 และ 9 สมบูรณ์ แต่ไม่ ครบทุกราย	- จำนวนของการ ติดตามผู้ได้รับ ผลกระทบอย่างน้อย 1 ครั้งต่อจำนวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ≥70 % และ มี บันทึกในระบบ รง. 506S ข้อ 6 และข้อ 9 สมบูรณ์และครบ ทุกรายที่ติดตาม - มีแนวทาง การเฝ้าระวังผู้ได้รับ ผลกระทบจากการ ฆ่าตัวตายในชุมชน และดำเนินงานตาม แผนงาน
7.มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มี ความพร้อมและ เชื่อมโยง กับทุกหน่วยงาน อย่างบูรณาการ	มีระบบ รับแจ้งเหตุ แต่ ไม่ มีแนวทางการ ทำงานร่วมกัน อย่างบูรณา การ ทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง	- มีระบบ รับแจ้งเหตุ และ ประชาสัมพันธ์ อย่างชัดเจน - มีแนวทางการ ทำงานร่วมกัน อย่างบูรณาการ ของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	- มีคะแนนระดับ 2 เต็ม และ มีช่องทาง การติดต่อ ที่หลากหลาย - บุคลากรผู้รับ แจ้งเหตุมีความ เข้าใจถึงแนวทาง กาประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน	- มีคะแนนระดับ 3 เต็ม และมีการกำกับ ดูแลการทำงานของ บุคลากรผู้รับแจ้งเหตุ - มีการประชาสัมพันธ์ แก่ประชาชนให้ รับรู้ถึงการมีอยู่ ของช่องทาง การเข้าถึงบริการ	- มีคะแนนระดับ 4 เต็ม และมีการ ประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนรับรู้ หลากหลายช่องทาง พร้อมทั้งมีการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง

คำอธิบาย : การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

- หัวข้อการประเมิน Building Block ด้านการให้บริการสุขภาพ มีการประเมิน 7 หัวข้อ คะแนนเต็มหัวข้อละ 100 คะแนน รวมคะแนนของหัวข้อย่อยคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเต็มที่ได้ไม่เกิน 100 คะแนน

$$\text{ตัวอย่าง } (80+60+80+60+80+40+100) = 500 \div 7 = 71.43 \text{ คะแนน}$$

- นำคะแนนเชิงคุณภาพจัดระดับการพัฒนา ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางแสดงการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพและระดับการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี มีความต่อเนื่อง แสดงถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความครอบคลุม และมีการดำเนินงานต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดำเนินงานได้ตามแนวทางที่กำหนด แต่มีบางมาตรการควรปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดำเนินงานได้ตามแนวทางที่กำหนด มีบางมาตรการต้องควรปรับปรุง และบางอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่า 7.8 ต่อแสนประชากร ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	≤ 40	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน โดยเฉพาะอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 7.8 ต่อแสนประชากร	ต้องการฟื้นฟูระบบ

แหล่งข้อมูล :

- 1.รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล รง 506 S version 11
- 2.จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3.เอกสารแผนงาน ทะเบียนรายชื่อ รายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานรายอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

1.นางพรทิพย์ เอ็มอ่อน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :

2.นางจิตรลดา ทิมาบุตร

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ 09 6352 4546

เบอร์ติดต่อ 08 5109 2637

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ปีงบประมาณ 2569

ตัวชี้วัดที่ 12 : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแล  
ต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

**ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI)** หมายถึง ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (alcohol and drug addiction) ซึ่งผู้ป่วย SMI เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมจากโรคจิตเวชที่เป็น และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องทำให้อาการกำเริบซ้ำ และก่อความรุนแรงซ้ำได้ ผู้ป่วย SMI ก่อความรุนแรง (serious mental illness with violence; SMI-V) ประมาณ 11.92% ของผู้ป่วย SMI ทั้งหมด

**ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V)** หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 โรคจิตเภท (F20.xx-F29.xx) โรคซึมเศร้า (F32.xx, F33.xx, F34.1, F38.xx, F39) โรคอารมณ์สองขั้ว (F30.xx-F31.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F10.xx - F19.xx ยกเว้น F17.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ดังต่อไปนี้

1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

**ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง** หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถานบ้าน/ โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ จากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) 1B037 (ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงได้รับการติดตาม) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (SPECIAL PP)

**ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวณจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (alcohol and drug addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้า ในช่วง อายุ 15 – 60 ปี

หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566 : schizophrenia 0.78 / bipolar disorder 0.06 / major depression 2.28 / alcohol and drug addiction 1.25 (รวมความชุก SMI = 4.37)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ	82.71	72.95	72.56

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40	-	-

เกณฑ์การให้คะแนน : คิดคะแนนอัตราส่วน ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ : ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ = 70:30 ดังนี้

(A) คะแนนเชิงปริมาณ (70%)	(B) คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 =$ คะแนน	(ระดับคะแนนที่ได้ $\div 10) \times 0.3 =$ คะแนน
คะแนนรวม เต็ม 10 คะแนน = A+B	

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

$$\text{สูตรคำนวณ : } (A/B) \times 100$$

คำอธิบายสูตร

A คือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

B คือ ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า

ตารางแสดงหลักเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์ผลการ ดำเนินงาน	คะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ร้อยละ	< 23	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-40	> 40

แหล่งข้อมูล :

- 1.ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข
- 2.ระบบการคัดกรองประชาชนและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช (V-Care)

**ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์** คิระดับคะแนนตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks (องค์การอนามัยโลก) โดยใช้ Building Block หัวข้อ การให้บริการสุขภาพ ตามมาตรการหลักของกรมสุขภาพจิต ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดงหลักเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการ หลัก)	ระดับ 1 40 คะแนน	ระดับ 2 55 คะแนน	ระดับ 3 70 คะแนน	ระดับ 4 85 คะแนน	ระดับ 5 100 คะแนน
1.เฝ้าระวัง/คัดกรอง V-Scan ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปด้วย 5 สัญญาณเตือนในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการของผู้ป่วย 2.ระบบการติดตามดูแล ต่อเนื่องเพื่อไม่ให้ผู้ป่วย จิตเวชยาเสพติด (SMI- V) ก่อความรุนแรงซ้ำ	- มีการคัดกรอง ประชาชนใน พื้นที่ด้วย V- Scan $\geq$ ร้อย ละ 5	-มีคะแนนระดับที่ 1 เต็ม และมีแผน ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้กับ ประชาชนถึง 5 สัญญาณเตือน	-มีคะแนนระดับที่ 2 เต็ม และมี แผนการติดตาม ดูแลผู้ป่วยฯ ร่วม กับสหวิชาชีพใน พื้นที่อย่างชัดเจน	- มีคะแนน ระดับที่ 3 เต็ม และมีการ ติดตามเยี่ยม บ้านผู้ป่วยฯ อย่างน้อย 2 ครั้งใน ปีงบประมาณ นับจากวันที่มา รับบริการครั้ง แรกใน ปีงบประมาณ 2569	- มีคะแนนระดับที่ 4 เต็ม และมี ร้อยละของผู้ป่วย จิตเวชยาเสพติด ก่อ ความรุนแรง (SMI- V) เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแล ต่อเนื่องและ ไม่ก่อ ความรุนแรงซ้ำ > ร้อยละ 40

แหล่งข้อมูล : ระบบการคัดกรองประชาชนและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช (V-Care)

**คำอธิบาย :** การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

- หัวข้อการประเมิน Building Block ด้านการให้บริการสุขภาพ มีการประเมิน 1 หัวข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน
- นำคะแนนเชิงคุณภาพจัดระดับการพัฒนา ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางแสดงการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพและระดับการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบบริการสุขภาพดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบบริการสุขภาพไม่มั่นคง ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่ง แก้ไข (Critical)	≤ 40	ระบบบริการสุขภาพมีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :**

1.นางพรทิพย์ เอมอ่อน

เบอร์ติดต่อ 09 6352 4546

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :**

2.นางจิตรลดา ทิมาบุตร

เบอร์ติดต่อ 08 5109 2637

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ชื่อตัวชี้วัดที่ 13 : มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC

ลักษณะตัวชี้วัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ.

คำนิยาม :

**มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร** หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยา ที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25)

**ยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ** หมายถึง รายการยาที่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 41 หรือ 42 ตามลำดับ

**หลักที่ 25** หมายถึง ที่มาของตำรับยาแผนไทย (1 หลัก) ได้แก่

1. ยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. ยาแผนไทยที่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 27 ขนาน (เฉพาะส่วนที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ)
3. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์-ตำราการแพทย์แผนไทย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรอง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทย
4. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ
5. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของหน่วยงานภาคเอกชน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ
6. ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

**ตัวอย่างเช่น**

รหัสยาแผนไทย 24 หลัก	รหัสที่มาของยา	TTMTID
410000000010000034110662	1-	9000002
410000000060000094510662	1-	9000018
4100000000100000020110662	1-	9000025
4100000000100000020310662	1-	9000039

**สิทธิ UC** หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**เกณฑ์เป้าหมาย**

มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน
2. เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC

**รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล**

1. รวบรวมข้อมูลการส่งจ่ายยาสมุนไพรจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ของหน่วยบริการ
  2. ส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประมวลผลจำนวน (ครั้ง) และมูลค่า (ราคาขาย) การส่งจ่ายยาสมุนไพร
- OPEN Data by MOPH รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s\_ttm4)

**แหล่งข้อมูล**

1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System) ใช้ข้อมูลตามแฟ้มและฟิลด์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
  - 1.1 ข้อมูลแฟ้ม PERSON : HOSPCODE , PID , CID
  - 1.2 ข้อมูลแฟ้ม SERVICE : HOSPCODE , SEQ , DATE\_SERV , INSTYPE
  - 1.3 ข้อมูลแฟ้ม PROVIDER : PROVIDERTYPE
  - 1.4 ข้อมูลแฟ้ม DRUG\_OPD : HOSPCODE , PID , SEQ , DIDSTD , AMOUNT, DRUGPRICE
2. ข้อมูลจากบริการข้อมูลเปิดเผยภาครัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (OPEN Data by MOPH) รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s\_ttm4) ผ่านเว็บไซต์ <https://opendata.moph.go.th/>

**รายการข้อมูล 1**                     $A = \text{จำนวนครั้งการส่งจ่าย (สิทธิ UC)} \times \text{อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษาของแต่ละรายการยา ปีงบประมาณ 2568}$

**รายการข้อมูล 2**                     $B = \text{จำนวนครั้งการส่งจ่าย (สิทธิ UC)} \times \text{อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษาของแต่ละรายการยา ปีงบประมาณ 2569}$

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

**ระยะเวลาประเมินผล**                รอบที่ 1 ไตรมาส 2 (6 เดือน ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569)  
 รอบที่ 2 ไตรมาส 4 (12 เดือน ณ วันที่ 30 กันยายน 2569)

**เกณฑ์การประเมิน :**

**เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ (สัดส่วน 70)**

หัวข้อการประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น น้อยกว่า ร้อยละ 10	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10-14.99	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15-19.99	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20-24.99	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิ UC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) (สัดส่วน 30)

Building Block	หัวข้อการประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1. การให้บริการสุขภาพ	การใช้อยาสมุนไพรทดแทนตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)	- มี CPG - มีการกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนใน common disease	- มี CPG - มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนใน common disease <30%	- มี CPG - มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนใน common disease 30-60%	- มี CPG - มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนใน common disease 61-85%	- มี CPG - มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนใน common disease >85%
2. กำลังคนที่ให้บริการ	ศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรในการสั่งใช้ยาสมุนไพร (บุคลากรหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาล)	- มีแผนการอบรมให้ความรู้การใช้ยาสมุนไพร - มีการกำหนดจำนวนเป้าหมายจนท.เข้ารับการอบรม	- บุคลากรผ่านการอบรม <50%	- บุคลากรผ่านการอบรม 50-70%	- บุคลากรผ่านการอบรม 71-80% - เริ่มมีการจัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาการใช้ยาสมุนไพร	- บุคลากรผ่านการอบรมครบ 100% - มีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาการใช้ยาสมุนไพร
3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล	ประสิทธิภาพและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพรในระบบสารสนเทศสุขภาพ	ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพร(รหัส24หลัก) <60%	ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพร(รหัส24หลัก) 60-70%	ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพร(รหัส24หลัก) 71-80%	ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพร(รหัส24หลัก) 81-90%	ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลรายการยาสมุนไพร(รหัส24หลัก) >90%
4. การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	คุณภาพ/มาตรฐานการผลิตยาสมุนไพร (GMP) ที่ใช้ในระบบบริการ	ใช้ยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GMP <50%	ใช้ยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GMP 50-70%	ใช้ยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GMP 71-80%	ใช้ยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GMP 81-95%	ใช้ยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน GMP 100%

วิธีการประเมินผล

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



เอกสารสนับสนุน

1. รายงาน Quick Win รายไตรมาส
2. รายงานติดตามความก้าวหน้าโครงการ
3. รายงานการอบรมหรือประชุมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพร
4. รายงานตรวจราชการและนิเทศงานด้านแพทย์แผนไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
-	บาท	1,006,914,656	1,191,254,078.50	1,496,901,780

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ สกุล นางสาวชัชฌิมพร วิถีธรรมศักดิ์

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ

กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทรศัพท์ 0 3828 5511 ต่อ 2485

ชื่อ สกุล นางสาวศตวรรษ์ คำวิสุ

ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ

กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทรศัพท์ 0 3828 5511 ต่อ 2485

E-mail : [ttm.cbo@gmail.com](mailto:ttm.cbo@gmail.com)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

ชื่อ สกุล นางสาวนภกานต์ ประสาททอง

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทรศัพท์ 0 3828 5511 ต่อ 2485

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ชื่อแผนงาน : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัดที่ 14 : ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ลักษณะตัวชี้วัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ.

คำนิยาม :

สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 และมีการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการดูแล ฟันฟูสุขภาพ ได้แก่ สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเสริมความงาม(การรับรองมาตรฐานตามที่กำหนดมีอายุ 3 ปี)

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตตาม พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และยกระดับให้ได้รับการตรวจประเมิน กลั่นกรอง และได้รับการรับรองตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต้องผ่านการรับรองตามเกณฑ์การตรวจประเมิน 5 ด้าน

**ผลิตภัณฑ์สุขภาพ** คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย

**ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน** คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศไทย โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548

2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนด

ลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562

3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตามพระราชบัญญัติ โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ซึ่งได้รับอนุญาตใหม่จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

**ได้รับการพัฒนามีศักยภาพในการส่งออก** คือ ได้รับคำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานการผลิตต่างๆ หรือกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้สถานที่ผลิตได้มาตรฐานสากล เช่น GMP PIC/S HACCP หรือได้มาตรฐานของแต่ละประเทศที่จะส่งออก เป็นต้น

**สถานประกอบการที่มีศักยภาพสูง** คือ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการอนุญาตผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีผลการตรวจประเมินมาตรฐานด้านสถานที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละประเภทผลิตภัณฑ์ และมีผลวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และมีแนวคิดในการขยายกลุ่มเป้าหมายลูกค้าทางการตลาดออกไปยังต่างประเทศ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
1. จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัด ชลบุรี	แห่ง	945	1,170	1,284
1.1 นวดเพื่อสุขภาพ	แห่ง	879	1,103	1,362
1.2 สปาเพื่อสุขภาพ	แห่ง	62	65	76
1.3 นวดเสริมความงาม	แห่ง	4	2	2
2. จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพใน จังหวัดชลบุรี	แห่ง	2,078	1,847	2,025
2.1 อาหาร	แห่ง	1,196	1,253	1,291
2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	แห่ง	108	95	89
2.3 เครื่องสำอาง	แห่ง	741	415	553
2.4 วัตถุอันตราย	แห่ง	33	84	92

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570
ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถาน ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 1. คปสอ.	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนน :

ร้อยละของการดำเนินงานยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริม อุตสาหกรรมทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ 1	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่าน เกณฑ์มาตรฐานกำหนด และได้รับอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และสถาน ประกอบการที่มีศักยภาพสูง อย่างน้อย 1 แห่ง ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพใน การส่งออก

ร้อยละของการดำเนินงานยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ 2	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และได้รับอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และสถานประกอบการที่มีศักยภาพสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก
ระดับ 3	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการพัฒนายกระดับการรับรองตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 5 แห่ง และ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และได้รับอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และสถานประกอบการที่มีศักยภาพสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก
ระดับ 4	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 3 แห่ง และ สถานประกอบการด้านสถานประกอบการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และได้รับอนุญาต ร้อยละ 100 และ สถานประกอบการที่มีศักยภาพสูงทุกแห่ง ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก
ระดับ 5	ผ่านระดับ 4 และสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และได้รับอนุญาต และได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก จนสามารถมีแผนการส่งออกผลิตภัณฑ์ อย่างน้อย 1 แห่ง

ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ระดับ คปสอ.	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ 1	<p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> มีข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเขตรับผิดชอบทั้งที่ได้รับอนุญาตและไม่ได้รับอนุญาต และมีแผนการดำเนินงานด้านสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> มีข้อมูล สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มีแผนงานการดำเนินงานพัฒนา/ส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการเป้าหมาย อย่างน้อย 1 แห่ง</p>
ระดับ 2	<p>ผ่านระดับ 1 และ</p> <p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีผลการดำเนินงานพัฒนา/ส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนแก้ไขปัญหาตามมาตรการที่กำหนด รวมทั้งมีแนวทางติดตาม/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีเกิดเหตุเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>
ระดับ 3	<p>ผ่านระดับ 2 และ</p> <p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>
ระดับ 4	<p>ผ่านระดับ 3 และ</p> <p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการพัฒนาเป็นสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง หรือได้รับการพัฒนายกระดับตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับ</p>

ระดับความสำเร็จของการยกระดับสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ระดับ คปสอ.	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	อนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมีข้อมูลสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพสูง พร้อมด้วยมีแผนการพัฒนาศักยภาพสถานประกอบการด้านการส่งออก
ระดับ 5	ผ่านระดับ 4 และ <b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 1 แห่ง <b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาต ร้อยละ 100 และสถานประกอบการที่มีศักยภาพสูงกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งออก อย่างน้อย 1 แห่ง

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน	
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านมาตรฐาน	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านมาตรฐาน
5	ร้อยละ 85 และได้รับการรับรองฯ	ร้อยละ 100 และได้รับอนุญาตร้อยละ 100
4	ร้อยละ 85 และพัฒนาฯระดับฯ	ร้อยละ 90 และได้รับอนุญาตร้อยละ 90
3	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90 และได้รับอนุญาตร้อยละ 80
2	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
1	ร้อยละ 70	น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับที่ 5	86-100	<b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 1 แห่ง (ใบขอรับการประเมินระดับฯ) <b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> สถานประกอบการที่มีศักยภาพสูงกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งออก อย่างน้อย 1 แห่ง (แผนการพัฒนาและภาพกิจกรรมการดำเนินการ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับที่ 4	71-85	<p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการพัฒนาเป็นสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง หรือได้รับการพัฒนากระดับตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) อย่างน้อย 1 แห่ง (มีแผนการส่งเสริมและยกระดับฯ)</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> มีข้อมูลสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพสูง พร้อมด้วยมีแผนการพัฒนาศักยภาพสถานประกอบการด้านการส่งออก</p>
ระดับที่ 3	56-70	<p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> มีบันทึกผลการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> มีบันทึกผลการตรวจสอบสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และมีทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต</p>
ระดับที่ 2	41-55	<p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> มีบันทึกผลการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> มีบันทึกผลการตรวจสอบสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และมีผลการดำเนินงานพัฒนา/ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนแก้ไขปัญหาตามมาตรการที่กำหนด รวมทั้งมีแนวทางติดตาม/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีเกิดเหตุเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>
ระดับที่ 1	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	<p><b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> มีข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเขตรับผิดชอบทั้งที่ได้รับอนุญาตและไม่ได้รับอนุญาต และมีแผนการดำเนินงานด้านสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p><b>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b> มีข้อมูล สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มีแผนงานการดำเนินงานพัฒนา/ส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการเป้าหมาย</p>

การคำนวณคะแนนการประเมินตัวชี้วัด คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (30%)
(ระดับคะแนนที่ได้ x 2) x 0.7 = score	(ระดับคะแนนที่ได้ /10) x 0.3 = score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = คะแนนเต็ม 10	

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้ได้มาตรฐานที่กำหนดเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

2. เพื่อส่งเสริมพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจสุขภาพ

3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : 1. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

2. ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : 1. การยื่นขอรับรองและผลการพิจารณาตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

2. รายงานผลการดำเนินงานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นรายไตรมาส

แหล่งข้อมูล : 1. ฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รายการข้อมูล

สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผลการดำเนินงาน
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเป้าหมายในการดำเนินงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100
สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส 3-4

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win ของคปสอ.

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 4

วิธีการประเมินผล	การรายงานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน	1.เกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) 2.รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชื่อ สกุล นางสาวศิริภรณ์ ประสพชัยชนะ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเกสซ์สาธารณสุข โทรศัพท์ 08 9453 5451 E.mail: aeng012@gmail.com
	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ชื่อ สกุล นางสาวศรัณยา กล่อมใจขาว ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเกสซ์สาธารณสุข โทรศัพท์ 09 2751 9335 E-mail : saranklom@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นายจิระสันต์ มีรัตน์ธนวัต ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเกสซ์สาธารณสุข โทรศัพท์ 08 6514 5554 E-mail : deviljirasan@yahoo.com

# **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4**

**การพัฒนาการบริหารจัดการ  
เพื่อสนับสนุนระบบบริการ  
สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ  
(ตัวชี้วัดที่ 15-17)**

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : พัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล ”

ชื่อโครงการ : หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการด้วยเทคโนโลยี

ตัวชี้วัดที่ 15 : ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

ลักษณะการวัด : ( ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม :

- หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน ที่เปิดให้บริการแล้ว
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์ประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+

- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานความ

มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ ดังนี้

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจสอบ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์
2. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลต่อการให้บริการ ประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
3. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์
4. เพื่อให้ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐาน สำคัญทางสารสนเทศด้านสาธารณสุข (Health CERT) ได้รับการประสานงานอย่างรวดเร็ว และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ทันเวลา

### วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. หน่วยงานดำเนินการให้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมี ใบรับรองมาตรฐาน)
2. หน่วยงานส่งผลยืนยันผลการประเมินพร้อมหลักฐานให้คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับ **ทุกวันพฤหัสบดี**
3. ติดตามข้อมูลการดำเนินการจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจะยืนยันผลการประเมิน ของหน่วยงานทุกศุกร์ โดยแสดงผลที่: <https://ict.moph.go.th/th/extension/1763>

### แหล่งข้อมูล

Cybersecurity Dashboard ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (<https://ict.moph.go.th/th/extension/1763>)

### รายการข้อมูล

- รายการข้อมูล 1A = หน่วยงานที่รักษาระดับมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
- รายการข้อมูล 2B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด

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

หมายเหตุ: ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น

ระยะเวลาประเมินผล : 12 เดือน

### เกณฑ์การประเมิน (รายรอบเวลา)

รอบ 3 เดือน โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง ทุกแห่ง

รอบ 6 เดือน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

รอบ 9 เดือน โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ทุกแห่ง

รอบ 12 เดือน หน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ร้อยละ 100

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

$(A/B) \times 100$

- A = หน่วยงานผ่านเกณฑ์ CTAM+ ครบทุกข้อ
- B = 13 หน่วยงาน (ตามค่านิยาม)

มาตรการหลัก / กระบวนการสำคัญ (ตัวอย่างหลัก 3 ข้อ)

1. หน่วยงานส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตรที่ ศทส.สป. จัด หรือหน่วยงานที่นำเชื่อถือ และเสริมแรงจูงใจเพื่อรักษาบุคลากร IT ด้านไซเบอร์ รวมถึง HealthCERT โดยใช้ช่องทางไลน์ @health-cirt
2. มีคณะทำงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับจังหวัด เพื่อช่วยเหลือหน่วยงานในพื้นที่ ตรวจสอบ และรับรองได้เทียบเท่าเอกชน และมีเครือข่ายระดับเขตสุขภาพกำกับ พร้อมมีการสุ่มตรวจ (Audit)
3. ภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ สามารถช่วยดูแลกันเอง ลดการพึ่งพาเอกชน โดยใช้ซอฟต์แวร์แบบ Open source รวมถึงร่วมกันต่อรองในส่วนที่ต้องใช้งบประมาณ เช่น Firewall, Server, ค่า MA และค่าใช้จ่ายจำเป็นอื่น ๆ

ตารางแปลผลคะแนนระดับคุณภาพ (Outcome/Impact)

- ระดับ 5 ดีเยี่ยม (Excellent) 86-100 : ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกยั่งยืน
- ระดับ 4 ดี (Good) 71-85 : บรรลุเป้าหมายชัดเจน แต่ควรพัฒนาต่อเนื่อง
- ระดับ 3 พอใช้ (Fair) 56-70 : อยู่ในมาตรฐาน ยังต้องปรับปรุงบางส่วน
- ระดับ 2 ต้องพัฒนา (Developing) 41-55 : ยังไม่บรรลุ ต้องปรับกลยุทธ์/ระบบสนับสนุน
- ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข (Critical)  $\leq 40$  : ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ต้องแก้ไขเร่งด่วน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จาก Dashboard ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ <https://ict.moph.go.th/th/extension/1763>

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายเดชา รักจรรยาบรรณ

เบอร์ติดต่อ : 081 575 9375

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายสุวัฒน์ ศรีสรรค์

เบอร์ติดต่อ : 082 998 6994

E-mail : pberuwatar@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาการบริการจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาเป็นองค์กรธรรมาภิบาล

ชื่อโครงการ : โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ตัวชี้วัดที่ 16 : หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความ  
โปร่งใส (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ระดับดี ขึ้นไป ร้อยละ 94

ลักษณะการวัด : (√) เจริญปริมาณ ( ) เจริญคุณภาพ

ระดับการวัด : (√) สสอ. (√) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม : การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้  
รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มี  
ประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมาก  
ยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงาน  
อย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
ผู้รับบริการและประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ การต่อต้าน  
การทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ  
หน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 89  
คะแนนขึ้นไป (ระดับดี) โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่ สปท. กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA (ปี 2566 ร้อยละ 92 ปี 2567-2568 ร้อยละ 94)	ร้อยละ	87.50	95.83	95.45

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
ร้อยละ	94	95	95

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงปริมาณ

(กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)

ระดับผลการประเมินจะปรากฏในรอบการประเมิน 12 เดือน จำแนกออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ระดับผลการประเมิน
95.00 - 100	ผ่านดีเยี่ยม
85.00 - 94.99	ผ่านดี
75.00 - 84.99	ผ่าน
65.00 - 74.99	ต้องปรับปรุง
0 - 64.99	ต้องปรับปรุงโดยด่วน

หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละรอบการประเมิน และค่าเป้าหมายในแต่ละรอบการประเมิน ดังนี้

รอบการประเมิน	หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์ในแต่ละรอบการประเมิน	ค่าเป้าหมายแต่ละรอบการประเมิน
รอบ 6 เดือน	$\geq$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 64
รอบ 12 เดือน	$\geq$ ร้อยละ 90	ร้อยละ 94

แหล่งข้อมูล : 1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment: MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

เงื่อนไข (หากมี) : -

หมายเหตุ (หากมี) : -

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : 1. หน่วยงานเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment: MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามปฏิทินการประเมินของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

2. ผู้ตรวจประเมินดำเนินการตรวจประเมิน ตามเวลาที่ ศปท. กำหนด

3. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการตรวจประเมินในระบบประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

รายการข้อมูล 1 : จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดี ขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)

รายการข้อมูล 2 : จำนวนหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินทั้งหมด (24 หน่วยงาน)

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน(Quick Win)

6 เดือน	12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ MITAS</li> <li>- นำเข้าข้อมูล MOIT 1-22 ในระบบ MITAS</li> <li>- หน่วยงานยืนยันข้อมูลในระบบ MITAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นำเข้าข้อมูล MOIT 1-22 ในระบบ MITAS</li> <li>- หน่วยงานยืนยันข้อมูลในระบบ MITAS</li> </ul>

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวปัทมา จำนงค์ผล

เบอร์ติดต่อ 06 3915 4953

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด: นางสาวปัทมา จำนงค์ผล

เบอร์ติดต่อ 06 3915 4953

E-mail: patita.chamnongphol@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การบริการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตัวชี้วัดที่ 17 : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. ( / ) รพ.

เป้าหมาย : โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดชลบุรี

คำนิยาม หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)

หมายถึง หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)  $\geq 10.5$  คะแนน

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

การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยบริการ แบ่งเป็น

1. ด้านกระบวนการ (Process Indicators)

1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน

1.3 การบริหารจัดการ ได้แก่ ต้นทุนและค่าใช้จ่าย, ผลผลิต (Productivity)

2. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

2.1 ความสามารถในการทำกำไร

2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน

**เชิงปริมาณ** เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) เชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (<https://hfo.moph.go.th/default.aspx>)

**ผ่านเกณฑ์ A และ B ร้อยละ 55**

A = ดีมาก (  $\geq 12$  คะแนน)

B = ดี (  $\geq 10.5$  คะแนน แต่  $< 12$  คะแนน)

**ไม่ผ่านเกณฑ์**

C = พอใช้ (  $\geq 9$  คะแนน แต่  $< 10.5$  คะแนน)

D = ปรับปรุง (  $\geq 7.5$  คะแนน แต่  $< 9$  คะแนน)

F = ไม่ผ่าน (  $< 7.5$  คะแนน)

**เชิงคุณภาพ เกณฑ์การประเมินด้านการบริหารจัดการคุณภาพ Total Performance Score (TP3S)**

คุณภาพด้านการบริหารจัดการ TP3S (S 1 ข้อ = 1 คะแนน)	ประเด็นประเมิน	ประเด็นประเมินการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์	ประเด็นการนำไปใช้ประเมิน (12 ข้อ 36 คะแนน)
Structure	มอบหมายงาน	คำสั่งมอบหมายงาน	1. การบริหารแผนทางการเงิน 2. การบริหารสินทรัพย์ หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 3. การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย 4. คะแนนตรวจสอบงบทดลอง 5. ผลผลิต 6. ความสามารถการทำกำไร 7. สภาพคล่องทางการเงิน
Staff	บุคลากรปฏิบัติงาน	มีรูปแบบการปฏิบัติงาน Flowchart	
System	กำกับต่อเนือง	มีการกำกับติดตาม ในวาระการประชุม	

**การประเมินคะแนนเชิงคุณภาพ**

ระดับ คุณภาพ	คะแนนการประเมิน ผลเชิงคุณภาพด้าน การบริหารจัดการ คุณภาพ TPS (TP3S)	แปลงคะแนน การส่งข้อมูลบริการ ให้เป็นคะแนน ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ	ความหมายโดยสรุป
1	0 - 6	<0.5	การพัฒนาคุณภาพและปรับปรุง 3 s
2	7 - 12	0.5 - 1.0	การมอบหมายต้องชัดเจน
3	13 - 18	>1.0 - 1.5	มุ่งการปฏิบัติเป็นประจำ
4	19 - 24	>1.5 - 2.0	เพิ่มการควบคุมกำกับ
5	24 - 36	>2.0	ทำคุณภาพและประสิทธิภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ผ่านเกณฑ์ 4 และ 5 ร้อยละ 55

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัด คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ (TPS)
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (TP3S)

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด คิดอัตราส่วน 70 : 30

คะแนนเชิงปริมาณ เต็ม ๗ คะแนน			คะแนนเชิงคุณภาพ เต็ม ๓ คะแนน		
ช่วงคะแนน	เกรด		ระดับ	ช่วงคะแนน	คะแนนคุณภาพ
≥๑๒	ดีมาก	A	๕	>๒	ต่อเนื่อง
≥๑๐.๕ และ <๑๒	ดี	B	๔	>๑.๕ - ๒.๐	ควบคุม
≥๙ และ <๑๐.๕	พอใช้	C	๓	>๑.๐ - ๑.๕	ปฏิบัติ
≥๗.๕ และ <๙	ต้องปรับปรุง	D	๒	๐.๕ - ๑.๐	มอบหมาย
<๗.๕	ไม่ผ่าน	F	๑	<๐.๕	ปรับปรุง ๓ s

Grade ปริมาณ TPS	คะแนนคุณภาพ TPS (TP3S)	Grade ปริมาณ TPS	คะแนนคุณภาพ TPS (TP3S)
A	5	D	5
	4		4
	3		3
	2		2
	1		1
B	5	F	5
	4		4
	3		3
	2		2
	1		1
C	5		
	4		
	3		
	2		
	1		

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ (30%)
คะแนนเต็ม 15 คะแนน ได้ 15 คะแนน เกรด A	คะแนนเต็ม 36 คะแนน ได้ 36 คะแนน ระดับ 5
$(\text{คะแนน TPS } 15 \times 7) \div 15 = \text{Score } 7$	$(\text{คะแนน TP3S } 36 \times 3) \div 36 = \text{Score } 3$
Score เชิงปริมาณ (เต็ม 7 คะแนน) + Score เชิงคุณภาพ (เต็ม 3 คะแนน) : $7 + 3 = 10$ คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)	
การรายงานผู้บริหาร : TPS คะแนนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ = A5	

สรุปเกณฑ์การประเมินภาพรวมระดับจังหวัด : ค่าเฉลี่ยคะแนนเชิงปริมาณ + ค่าเฉลี่ยคะแนนเชิงคุณภาพ  
ของหน่วยบริการ จำนวน 12 แห่ง ได้ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางชินนันทน์ บุญสนอง เบอร์ติดต่อ 08 1575 8001  
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : 1. นางสาวสรินยา จันทรเสนา เบอร์ติดต่อ 09 0190 8969  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
2. นางสาวยลธิดา อุ๋อัน เบอร์ติดต่อ 08 8839 0224  
นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

# ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5

องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-4T  
และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น  
(ตัวชี้วัดที่ 18)

หมวด : People Excellence

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด 18 : หน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

18.1 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ

18.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล

18.1 ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ.

คำนิยาม : 1. การบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ คือการวางแผนเชิงกลยุทธ์ให้มี จำนวนและประเภทบุคลากรที่เหมาะสม กับภารกิจของหน่วยงาน และสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ แผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา อารังรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยใช้ มาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ (ปัจจุบันคือ 2566-2570) เป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ลดภาระงบประมาณ พร้อมทั้งพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สามารถตอบสนองความต้องการประชาชน และสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี การดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้

1.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลกำลังคนทุกประเภท ที่บ่งบอกศักยภาพของบุคลากรและส่วนขาดการของอัตรากำลังและส่วนขาดการพัฒนาศักยภาพที่นำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพของหน่วยงาน ที่นำไปสู่การจัดทำแผนสรรหาอัตรากำลัง แผนพัฒนากำลังคน แผนสร้างความก้าวหน้าบุคลากร และแผนอารังรักษา

1.2 มีระบบการบริหารบุคคลที่มีประสิทธิภาพของหน่วยงาน

1) มีนโยบายด้านการบริหารบุคคลหมายถึง มีการกำหนดนโยบายด้านการบริหารบุคคลครอบคลุมบุคลากรทุกประเภท ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา อารังรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร

2) มีแผนการอารังรักษาสร้างความก้าวหน้าและแผนการประเมินบุคคลหมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตามแผน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรที่เป็นไปตามระเบียบ สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเงิน การประเมินการพัฒนาฯ

3) มีการดำเนินงานตามแผนสรรหาอัตรากำลัง แผนพัฒนากำลังคน และแผนสร้างความก้าวหน้า ให้บรรลุตามเป้าหมาย

4) มีมาตรการ/แนวทางการดูแลบุคลากรให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน Happy Workplace การดำเนินงาน Happy Workplace

5) มีการปรับปรุงแผนการบริหารบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 มีผลลัพธ์ด้านการบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

1) อัตราการสูญเสียลดลงจากปีที่ผ่านมา (ลาออก/ย้าย/โอน)

2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 5 ประเภท

**2. Healthy Workplace (องค์กรสุขภาวะ)** คือ สถานที่ทำงานที่ส่งเสริมและปกป้องสุขภาพกาย สุขภาพใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงานทุกมิติ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (เช่น ความปลอดภัย แสงสว่าง) สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม (เช่น วัฒนธรรมองค์กร ความสัมพันธ์ที่ดี) ทรัพยากรสุขภาพส่วนบุคคล และการเชื่อมโยงกับชุมชน เพื่อให้พนักงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข มีส่วนร่วม และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**3. ดัชนีความสุขคนทำงาน (Workplace Happiness Index)** หมายถึง เครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจ ความสุข และสุขภาวะโดยรวมของพนักงานในองค์กร ซึ่งไม่ได้วัดแค่ความสุขในงาน แต่ครอบคลุมมิติชีวิตรอบด้าน เช่น สุขภาพกายใจ การเงิน สังคม ครอบครัว และสมดุลชีวิต เพื่อให้องค์กรนำข้อมูลไปพัฒนาสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมการทำงานให้ดีขึ้น ส่งผลให้พนักงานมีประสิทธิภาพและผูกพันกับองค์กรมากขึ้น.

ความหมายโดยละเอียด:

- การรับรู้เชิงบวก: คือความรู้สึกดีที่พนักงานมีต่อหน้าที่การงาน สิ่งที่ทำ และสภาพแวดล้อมที่ทำงาน.
- องค์กรรวม (Holistic): ไม่ใช่แค่เรื่องงาน แต่รวมถึงความสุขในชีวิตส่วนตัวด้วย เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา สภาพแวดล้อมที่ดี และสวัสดิการที่เพียงพอ.
- ตัวชี้วัด: ใช้คะแนนจากเครื่องมือต่างๆ(เช่น HAPPINOMETER, Happy 8) เพื่อประเมินมิติสุขภาวะ 8 ด้าน (Happy 8) เช่น Happy Body, Happy Money, Happy Family, Happy Work-Life (การงานดี)

ความสำคัญ

- เพิ่มประสิทธิภาพ: คนที่มีความสุขจะทำงานได้ดีขึ้น มีความภักดีต่อองค์กร และลาออกน้อยลง.
- สร้างองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace): ช่วยให้องค์กรเข้าใจจุดแข็ง จุดที่ต้องปรับปรุง และวางแผนสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนความสุขให้ยั่งยืน.
- สัญญาณเตือน: หากคะแนนต่ำ แสดงว่ามีบางมิติที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันปัญหาความเครียดและความไม่พอใจในที่ทำงาน.

องค์ประกอบที่มักถูกวัดในดัชนีความสุข

- สุขภาพกายและใจ (Happy Body & Heart) : สุขภาพทางกาย การผ่อนคลาย และความสุขทางใจ.
- ความสัมพันธ์และสังคม (Happy Society) : ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้า และสังคม.
- การงานและเงิน (Happy Work Life & Money) : ความพอใจในงานที่ทำ ความก้าวหน้า และรายได้ที่เพียงพอ.
- การพัฒนาและเรียนรู้ (Happy Brain) : โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง.
- ความสมดุล (Happy Relax & Family) : การมีเวลาพักผ่อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี.

ความสำคัญของดัชนีความสุขของคนทำงาน

- เพิ่มประสิทธิภาพ: คนทำงานมีความสุข จะทำงานได้ดีขึ้น.
- ลดการลาออก: พนักงานมีความสุขน้อยลงที่จะลาออก.
- สร้างองค์กรที่ดี: ลดความขัดแย้งและสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่.

เครื่องมือที่ใช้:

- Happinometer (Happy 8): ดัชนีที่พัฒนาโดยคนไทยวัดความสุข 8 ด้าน.

Happy Workplace Index: เครื่องมือที่องค์กรใช้ประเมินสุขภาวะในองค์กร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	๒๕68
1. อัตราการสูญเสียลดลงจากปีที่ผ่านมา (ข้าราชการ : ลาออก/ย้าย/โอน)	ร้อยละ	3.25	4.05	3.58
2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 5 ประเภท	ร้อยละ	82	83	85
3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Healthy Workplace	ระดับ	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ (10 คะแนน)	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
1. อัตราการสูญเสียลดลงจากปีที่ผ่านมา (ข้าราชการ : ลาออก/ย้าย/โอน)	ไม่เกิน 3%	ไม่เกิน 2%	ไม่เกิน 1%
2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 5 ประเภท (ข้อมูล มิถุนายน 2569 จาก HROPS)	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

เกณฑ์เป้าหมายเชิงคุณภาพ (10 คะแนน)	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570	ปีงบประมาณ พ.ศ.2571
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Healthy Workplace	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงปริมาณ

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ (10 คะแนน)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1. อัตราการสูญเสียลดลงจากปีที่ผ่านมา (ข้าราชการ : ลาออก/ย้าย/โอน)	>5	4	3	2	1
2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 5 ประเภท (ข้อมูล มิถุนายน 2569 จาก HROPS)	<80	80-84	85-89	90-94	≥95

หมายเหตุ : - อัตราการสูญเสีย ในปีงบประมาณ 2569 คิดเฉพาะ ข้าราชการ

- คิดจำนวนข้าราชการที่ย้าย/โอน/ลาออก ในช่วงเวลาเดียวกัน ในปีงบประมาณ 2568 , 2569

การคำนวณ

1. อัตราการสูญเสียดังกล่าวจากปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2568)

$$\text{ปี 2569} = \frac{100 * (\text{ข้าราชการ ย้าย+โอน+ลาออก})}{\text{ข้าราชการ ณ วันที่ 1 ต.ค. 68}}$$

2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 5 ประเภท (ข้อมูล มิถุนายน 2569 จาก HROPS)

$$\text{ปี 2569} = \frac{100 * (\text{จำนวนบุคลากร 5 ประเภท ณ มิถุนายน 2569})}{\text{จำนวนบุคลากร 5 ประเภท ณ วันที่ 1 ต.ค. 68}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
2	✓				
4	✓	✓			
6	✓	✓	✓		
8	✓	✓	✓	✓	
10	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ขั้นตอน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
๑	หน่วยงานกำหนดแนวทางดูแลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร (แผน/ประกาศนโยบาย)
๒	มีการวัดผลการประเมินความสุขระดับบุคคล (Happinometer : Happy 8)
๓	มีการนำผลการประเมินความสุขระดับบุคคลและประเมินสุขภาวะองค์กร มาวิเคราะห์และสังเคราะห์
๔	นำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการแก้ปัญหา และสร้างเสริมการดูแลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร
๕	มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร

หมายเหตุ : การวิเคราะห์ส่วนขาดของกรอบอัตรากำลังให้เป็นไปตามกรอบโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง ปี 2568 หรือที่มีการเปลี่ยนแปลง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : 1. การรายงานผล รายไตรมาส

2. รายงานการลาออก และแบบ exit interview

3. แบบวัดความผูกพันองค์กร/แบบประเมินอื่นๆที่หน่วยงานกำหนดขึ้น

แหล่งข้อมูล : 1. ตรวจสอบจากระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากร HROPS ของจังหวัดชลบุรี

2. การรายงานผลของหน่วยงานรายไตรมาส

รายการข้อมูล 1 : จำนวนบุคลากรทุกประเภท ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568

รายการข้อมูล 2 : จำนวนบุคลากรที่สูญเสีย ประเภทข้าราชการ (ย้าย/โอน/ลาออก)

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน(Quick Win)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- หน่วยงานกำหนด แนวทางดูแลคุณภาพ ชีวิตในการทำงานของ บุคลากร (แผน)	-มีการวัดผลการประเมิน ความสุขระดับบุคคล (Happinometer : Happy 8) -มีการนำผลการประเมิน ความสุขระดับบุคคลและ ประเมินสุขภาวะองค์กร มาวิเคราะห์ และ สังเคราะห์	นำผลการวิเคราะห์มาใช้ ในการแก้ปัญหา และ สร้างเสริมการดูแล คุณภาพชีวิต ในการทำงานของ บุคลากร	มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาการ ดูแลคุณภาพชีวิตในการ ทำงานของบุคลากร

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

นางสาวศัทศนา บำรุงสุข

เบอร์ติดต่อ 08 5115 444

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :

นางสาววราภรณ์ นาคฤทธิ

เบอร์ติดต่อ 08 1080 9149

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

E-mail

hr.cbo.moph@gmail.com

18.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล

ลักษณะการวัด : ( / ) เชิงปริมาณ ( / ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( / ) สสอ. ( / ) รพ.

คำนิยาม : 1. บุคลากรที่มีคุณสมบัติพร้อมเลื่อนขึ้นตำแหน่งสูงขึ้น (ตำแหน่งทางการบริหาร/ระดับที่สูงขึ้น) หมายถึง

1.1 ข้าราชการผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

1.2 ข้าราชการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ , หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/รองหัวหน้างาน/รองหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถขอเลื่อนขึ้นไปได้ตรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นได้ในปีงบประมาณ 2569

2. การพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้นเพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น

- 1) การอบรม/สัมมนา ที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับหน่วยงาน
- 2) การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก
- 3) การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-learning ฯลฯ เป็นต้น

3. บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น

4. จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนข้าราชการที่มีคุณสมบัติพร้อมเลื่อนขึ้นตำแหน่งสูงขึ้นที่หน่วยงานกำหนดเป็นเป้าหมายที่ต้องได้รับการพัฒนา

5. ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณสมบัติพร้อมเลื่อนขึ้นตำแหน่งสูงขึ้นที่ได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดตามข้อ 4 ที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับจำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 80

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ปีงบประมาณ พ.ศ.2570
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงปริมาณ/คุณภาพ

(กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ )

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ/จำนวน..... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล	ผ่านขั้นตอนที่ 1-2	ผ่านขั้นตอนที่ 1-3	ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 และบุคลากรผ่านการอบรมตามแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 และ -ข้าราชการผ่านการอบรมตามแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 -ข้าราชการ (1.1) มีประกาศรายชื่อผ่านการประเมินบุคคลฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 และบุคลากรผ่านการอบรมตามแผน ร้อยละ 80 -ข้าราชการ (1.1) ส่งผลงานเพื่อเลื่อนระดับ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25

แหล่งข้อมูล : 1. ตรวจสอบจากระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรHROPS ของจังหวัดชลบุรี

2. การรายงานผลของหน่วยงานทุก 3 เดือน

(กรณีเป็นตัวชี้วัดแบบขั้นตอน)

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
2	✓				
4	✓	✓			
6	✓	✓	✓		
8	✓	✓	✓	✓	
10	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ขั้นตอน	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
๑	- จัดทำทะเบียนข้าราชการผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่มีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 1.1 ตำแหน่งทั่วไป 1.2 ตำแหน่งทางการบริหาร
๒	มีการกำหนดเป้าหมายบุคลากรที่มีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งเข้ารับการอบรม - ข้าราชการ (1.1) และ ผช.สสอ. อย่างน้อยร้อยละ 70 - ข้าราชการ (1.1) หน.กลุ่มงาน/หน.งาน/รองหน.กลุ่มงาน/รองหน.งาน ในรพช. อย่างน้อยร้อยละ 50 ของหน่วยงาน
๓	มีการจัดทำแผน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล
๔	มีการพัฒนาบุคลากรตามแผน Succession plan
๕	มีผลลัพธ์บุคลากรผ่านการพัฒนา เพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และข้าราชการ (1.1) ส่งผลงานเพื่อเลื่อนระดับ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25

เงื่อนไข (หากมี): - กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะเหมาะสมตามตำแหน่งที่สูงขึ้น
2. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ

หมายเหตุ (หากมี):

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)
2. เอกสารแผนการพัฒนาบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น

แหล่งข้อมูล : 1. ตรวจสอบจากระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรHROPS ของจังหวัดชลบุรีก่อนการนิเทศงานแต่ละรอบ

2. การรายงานผลของหน่วยงานทุก 3 เดือน

รายการข้อมูล 1 : A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล

รายการข้อมูล 2: B = จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงานผล

สูตรการคำนวณ:  $(A/B) \times 100$

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน(Quick Win)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น</li> <li>- มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล</li> <li>- พัฒนาบุคลากรตามแผนฯ</li> </ul>	พัฒนาบุคลากรตามแผนฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

นางสาวคัทคณา บำรุงสุข  
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

เบอร์ติดต่อ 08 5115 444

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :

นายประสิทธิ์ กมลพรมงคล  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ 08 4909 0387

E-mail

hr.cbo.moph@gmail.com

# ส่วนที่ 3

## ภาคผนวก



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายนำพล แดนพิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี	ผู้รับคำรับรอง ๑
นายชลิต ไทยอุทิศ	สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี	ผู้รับคำรับรอง ๒

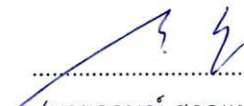
๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้


๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

  
.....  
(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....  
(นายนำพล แดนพิพัฒน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

  
.....  
(นายชลิต ไทยอุทิศ)  
สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายภุชงค์ สฤกษ์แพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายกิตติ บุญรัตนเนตร	สาธารณสุขอำเภอบางละมุง	ผู้รับคำรับรอง ๑
นายวิชัย ธนาโสภณ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาภิรมย์	ผู้รับคำรับรอง ๒
นางสุศานี บุรณเบญจเสถียร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	ผู้รับคำรับรอง ๓

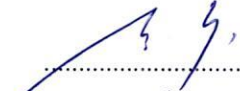
๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายภุชงค์ สฤกษ์แพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

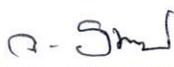
  
.....  
(นายภุชงค์ สฤกษ์แพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....

(นายกิตติ บุญรัตนเนตร)

สาธารณสุขอำเภอบางละมุง

  
.....

(นายวิชัย ธนาโสภณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาภิรมย์

  
.....

(นางสุศานี บุรณเบญจเสถียร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกกุลแพทย์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้ทำคำรับรอง

และ

นางชนิษฐา เจริญจรชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม

ผู้รับคำรับรอง ๑

นางพรทิพย์ ธรรมพรสิริ

รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

(นายกฤษณ์ สกกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(นางชนิษฐา เจริญจรชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม

(นางพรทิพย์ ธรรมพรสิริ)

รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายเมธี ส่งเสริม	สาธารณสุขอำเภอศรีราชา	ผู้รับคำรับรอง ๑
นายสุพจน์ พวงลำไย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง	ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

  
.....  
(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....

(นายเมธี ส่งเสริม)  
สาธารณสุขอำเภอศรีราชา

  
.....

(นายสุพจน์ พวงลำไย)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายวิเชษฐ์ พงศ์กิตติศักดิ์	สาธารณสุขอำเภอบ้านบึง	ผู้รับคำรับรอง ๑
นางแววดาว พิมลธเรศ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง	ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

  
.....  
(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....

(นายวิเชษฐ์ พงศ์กิตติศักดิ์)  
สาธารณสุขอำเภอบ้านบึง

๒๕๖๘

.....  
(นางแววดาว พิมลธเรศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายภุชงค์ สฤณแพทย์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้ทำคำรับรอง

และ

นายคุณากร วงศ์ทิมารัตน์ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐

ผู้รับคำรับรอง ๑

นายสิทธิชนะ วชิระสิริกุล สาธารณสุขอำเภอสัตหีบ

ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

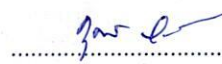
๔. ข้าพเจ้า นายภุชงค์ สฤณแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙


  
.....  
(นายภุชงค์ สฤณแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....  
(นายคุณากร วงศ์ทิมารัตน์)

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐

  
.....  
(นายสิทธิชนะ วชิระสิริกุล)

สาธารณสุขอำเภอสัตหีบ



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง	ผู้รับคำรับรอง ๑
นายภาคภูมิ วสิกรณ์	สาธารณสุขอำเภอพานทอง	ผู้รับคำรับรอง ๒

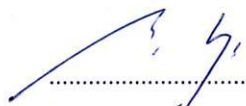
๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙


๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้


๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

  
.....  
(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....  
(นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

  
.....  
(นายภาคภูมิ วสิกรณ์)  
สาธารณสุขอำเภอพานทอง



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายจตุนิษฐ์ อัคระปัญญาพงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง	ผู้รับคำรับรอง ๑
นางรุ่งทิพย์ กุศลสนอง	สาธารณสุขอำเภอบ่อทอง	ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(นายจตุนิษฐ์ อัคระปัญญาพงศ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

(นางรุ่งทิพย์ กุศลสนอง)  
สาธารณสุขอำเภอบ่อทอง



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สกุลแพทย์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้ทำคำรับรอง

และ

นางสาวน้ำเพชร เฉียบแหลม รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ ผู้รับคำรับรอง ๑

นางดลนภา สุขสวัสดิ์

สาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่

ผู้รับคำรับรอง ๒

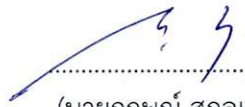
๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรอง การปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบ ผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่จะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

  
.....

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

  
.....

(นางสาวน้ำเพชร เฉียบแหลม)

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

  
.....

(นางดลนภา สุขสวัสดิ์)

สาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้ทำคำรับรอง

และ

นางพินพา เรืองรัตนากร

สาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์

ผู้รับคำรับรอง ๑

นายธนวิชญ์ กมลอดิศัย รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์

ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่จะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

(นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(นางพินพา เรืองรัตนากร)

สาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์

(นายธนวิชญ์ กมลอดิศัย)

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์



คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ผู้ทำคำรับรอง
	และ	
นายภูจิตต์ ตรีบำเพ็ญ	รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสีชัง	ผู้รับคำรับรอง ๑
นายกอบโชค ชื่อดตรง	สาธารณสุขอำเภอเกาะสีชัง	ผู้รับคำรับรอง ๒

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้รับคำรับรอง ได้พิจารณาและเห็นชอบ ตัวชี้วัด น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนนและรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้ทำคำรับรอง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า ผู้รับคำรับรอง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่จะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการและกำกับการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

(นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(นายภูจิตต์ ตรีบำเพ็ญ)

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอเกาะสีชัง

(นายกอบโชค ชื่อดตรง)

สาธารณสุขอำเภอเกาะสีชัง



**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี**  
CHONBURI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

**จัดทำโดย**

-  กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
-  0 3828 5511
-  <https://www.cbo.moph.go.th>