รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
คำรับรองการปฏิบัติราชการ
กลุ่มงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
ประจำปีงบประมาณ 2569

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
18 มีนาคม 2569

สารบัญ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	หน้า
1	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดตรังผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	4
2	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	6
3	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	8
4	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	11
5	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย	13
6	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต	17
7	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	19
8	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	21
9	ระดับความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา รพ.สต.ไร้คลังยา	23
10	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	25
11	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	27
12	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	30
13	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	33
14	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย	35
15	ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติงานทีม T-SHERT สสจ.ตรัง	37
16	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยฯ	40
17	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	45
18	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	48
19	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการ สสจ.ตรัง	50
20	ระดับความสำเร็จของการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.จังหวัดตรัง	53
21	ระดับความสำเร็จของการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด	55

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	หน้า
22	อัตราการให้บริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ต่อทันตบุคลากร	57
23	ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	59
24	ร้อยละของจำนวนเรื่องวินัย ละเมิด คดีปกครอง และเรื่องร้องเรียน ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด	61
25	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ระดับ 7	62
26	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับ B ขึ้นไป	66
27	ระดับความสำเร็จของการบริหารงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569	70
28	ร้อยละการบริหารจัดการตำแหน่งว่างคงเหลือ	73
29	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	75
30	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน โดยภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ตามแผนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	77
31	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	79
32	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	81
33	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	84
34	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	86
35	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	88
36	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	90
37	ร้อยละของ อสม.แกนนำที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชนตามเกณฑ์	94
38	ระดับความเข้มแข็งของกลไกปฐมภูมิในการจัดการ NCDs ระดับชุมชนผ่านบทบาท อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข และศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน	96
รวมทั้งหมด 38 ตัวชี้วัด		

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดตรังผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เกณฑ์ : ..ร้อยละ 50

3.หน่วยวัด : .ร้อยละ

4. คำอธิบาย : 1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง

5. สูตรการคำนวณ : ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x100

สูตรคำนวณ	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A/B) x 100
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในเขตจังหวัดตรังทั้งหมด

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ **30**
2	ร้อยละ 40
3	ร้อยละ **50**
4	ร้อยละ 60
5	ร้อยละ 70

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	.....-.....	.....-.....	.....100.....

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ..ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : .นายธนาวุฒิ ชัยเดช หมายเลขโทรศัพท์..088 754 1424.....

กลุ่มงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญทิพย์ เสียมไหม..หมายเลขโทรศัพท์.084 6274857.....

กลุ่มงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 90

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2547กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานสะสมปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (จังหวัดตรัง 87 ตำบล) โดยชุมชนจัดการสุขภาพจังหวัดตรัง มีเป้าหมายการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน จำนวน 75 ตำบล ดังนี้

อำเภอ	ตำบล	
	ทั้งหมด	เป้าหมาย
เมืองตรัง	15	13
กันตัง	14	12
ย่านตาขาว	8	7
ปะเหลียน	10	9
สิเกา	5	4
ห้วยยอด	16	14
วังวิเศษ	5	4
นาโยง	6	5
รัษฎา	5	4
หาดสำราญ	3	3
รวม	**87**	**75**

การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการกิจกรรม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามบริบทของชุมชน นั้นๆ อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง

ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติ
แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับพัฒนา: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. ระดับดี: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ
3. ระดับดีมาก: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงานมีการจัด กิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน

4. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงานมีการจัด กิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

5. สูตรการคำนวณ :

(A /B) x 100

A = จำนวนชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนชุมชนเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (75 ตำบล)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 95
5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ 90	95.16	100	100

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ระบบ KPI Monitoring

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายธนาวุฒิ ชัยเดช .หมายเลขโทรศัพท์ 088-7541424

กลุ่มงาน : พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายสุชาติ ลั่นสิน หมายเลขโทรศัพท์ 090 8942529

กลุ่มงาน : พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : รอยละของเด็กอายุ 0 – 5 ป มีพัฒนาการสมวัย

2. เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

- **เด็กอายุ 0 – 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน นับถึงสิ้นปีงบประมาณ
- **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง **เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ** โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับ**การกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)**

คำนิยามเพิ่มเติม

- **การคัดกรองพัฒนาการ** หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type area1 : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ **Type area3** : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
- **พัฒนาการสงสัยล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
- **พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้านเฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
- **เด็กพัฒนาการล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212,1B222, 1B232, 1B242)

5. สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย = $\frac{(A_9+a_9)+ (A_{18}+a_{18})+ (A_{30}+a_{30})+ (A_{42}+a_{42})+ (A_{60}+a_{60})}{B}$ X 100

รายการข้อมูล :

A_9, A_{18}, A_{30}, A_{42}, A_{60} = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก

a_9, a_{18}, a_{30}, a_{42}, a_{60} = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)

B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ทุกไตรมาส ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 84
2	ร้อยละ 86
3	ร้อยละ 88
4	ร้อยละ 90
5	ร้อยละ 92

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	91.34	87.85	89.27

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : วิธีการเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

: KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

: ระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายสุธี ดำคง หมายเลขโทรศัพท์ 09 9613 1233

กลุ่มงาน : ส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวชุณหกาญจน์ บัวกิ่ง หมายเลขโทรศัพท์ 09 9356 3096

กลุ่มงาน : ส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (6 เดือนแรก**)** ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95.00 (6 เดือนหลัง)

3.หน่วยวัด : .ร้อยละ

4. คำอธิบาย : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities : HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ่นใจ) https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดิด กับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการ

หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการ จัดขึ้น หรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ่นใจ)

5. สูตรการคำนวณ :

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป

B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าเป้าหมายรายอำเภอ /เครือข่ายสุขภาพ/จังหวัดในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน 6 เดือนแรก	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน 12 เดือน
1	ร้อยละ 75.00	1	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 80.00	2	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 85.00	3	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 90.00	4	ร้อยละ 95.00
5	ร้อยละ 95.00	5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ	-	72.25	94.46

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : เว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ” URL : http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุธี ดำคง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มงาน : ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ : 09 9 613 1233

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนวังกมน เอกพรพิชญ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน : ส่งเสริมสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ : 06 2496 2465

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 30

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับท้าทาย หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ.,รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ ในจังหวัดตรัง จำนวน 11 แห่ง) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

1) สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม

และ 2) พัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน ได้แก่

(1) การจัดการของเสียทางการแพทย์

(2) การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

ทั้งนี้ เกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม หมายถึง

<table>
<tr><td colspan="2">โรงพยาบาลสามารถ ดำเนินการตามเกณฑ์ ข้อที่ 1 – 15 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนของแต่ละหมวด ร้อยละ 90 ขึ้นไป) ตามรายละเอียดรายหมวดและเกณฑ์รายข้อ ดังนี้</td></tr>
<tr><td>หมวด1
CLEAN
สร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วน ร่วมของคนในองค์กร</td></tr>
<tr><td rowspan="3">หมวด2
G: Garbage
การจัดการมูลฝอยทุกประเภท</td><td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr>
</table>

หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง
หมวด 4 E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด 5 E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical 23 activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
หมวด6 N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	11.ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
	12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
หมวด7 Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

<u>หมวด8</u> Network : การสร้างเครือข่ายพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

5. สูตรการคำนวณ :

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

= (A / B) X 100

A = จำนวนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตรังที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

B = จำนวนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดตรังทั้งหมด

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 10
2	ร้อยละ 15
3	ร้อยละ 20
4	ร้อยละ 25
5	ร้อยละ 30

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย	ร้อยละ	.....-.....	.....9.1*.....	....9.1**..... (45.5***)

หมายเหตุ

* หมายถึง ผลการดำเนินงาน GCHC ระดับท้าทาย (ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย) ของ รพ.ปะเหลียนซึ่งมีระยะเวลาการรับรอง เป็นเวลา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2567-2568)

** หมายถึง ผลการดำเนินงาน GCHC ระดับท้าทาย GCHC ระดับท้าทาย (การจัดการของเสียทางการแพทย์) ของ รพ.สิเกา ซึ่งมีระยะเวลาการรับรอง เป็นเวลา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2568-2569) และนับเป็นผลงานสะสมในปีงบประมาณ 2569

*** หมายถึง ผลการดำเนินงาน GCHC ระดับท้าทาย (ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย) ของ 1) รพ.ปะเหลียน (นับเป็นผลงานสะสม ปีงบประมาณ 2568) และของ 2.รพ.ตรัง, 3.รพ.กันตัง และ 4.ห้วยยอด (ลำดับ 2-4 เป็นผลงานที่นับเฉพาะ ปีงบประมาณ 2568 เท่านั้น *ตามเงื่อนไขที่กรมอนามัยแจ้งเปลี่ยนแปลง ซึ่งปกติมีระยะเวลาการรับรอง เป็นเวลา 2 ปี) และนับรวมผลการดำเนินงาน GCHC ระดับท้าทาย GCHC ระดับท้าทาย (การจัดการของเสียทางการแพทย์) ของ รพ.สิเกา

-

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง

1.KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2. https://gch.anamai.moph.go.th/

(เว็บไซต์ประเมินผลการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย**)**

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสันติ ใจจ้อง หมายเลขโทรศัพท์ 0835047874

กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายอาคม หนูเหมือน หมายเลขโทรศัพท์ 0819580527

กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

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

2) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ.2548

2.2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562

2.3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

ซึ่งได้รับอนุญาตใหม่จาก อย. หรือ สสจ.

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

5. สูตรการคำนวณ :

(A/B) x 100

A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต

B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุชภาพชุมชนเป้าหมาย

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 95
5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ตัวชี้วัด ร้อยผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต	ร้อยละ	100	100	100

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1) ระบบรายงานผลการปฏิบัติงานตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (KPI Monitoring)

2) ระบบ SKYNET สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวราณี โกวานิชย์ หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

กลุ่มงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวผกามาศ สีเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

กลุ่มงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

2. เกณฑ์ : 1 ผลิตภัณฑ์

3.หน่วยวัด : จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)

4. คำอธิบาย :

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

2) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ.2548

2.2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562

2.3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

ซึ่งได้รับอนุญาตใหม่จาก อย. หรือ สสจ.

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

5. สูตรการคำนวณ :

ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0	ไม่มี
5	1 ผลิตภัณฑ์

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ตัวชี้วัด จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	ผลิตภัณฑ์	N/A	N/A	N/A

หมายเหตุ ตัวชี้วัดใหม่

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ระบบ SKYNET สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ

1) ระบบรายงานผลการปฏิบัติงานตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (KPI Monitoring)

2) ระบบ SKYNET สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3) ใบรับรองมาตรฐานการผลิตมาตรฐานสากล หรือ เอกสารการส่งออกผลิตภัณฑ์

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวราณี โกวานิชย์ หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

กลุ่มงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายนพดล จริงจิตร หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

กลุ่มงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

(1) แบบฟอร์ม KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

2. เกณฑ์ : .ร้อยละ 20

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงามได้รับการส่งเสริมและยกระดับ

มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

5. สูตรการคำนวณ :

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ = (A/B x 100)

A = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเอง

B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

หมายเหตุ กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด **:** สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม โดยให้พิจารณาถึงศักยภาพของสถานประกอบการตามเกณฑ์รางวัลว่าสถานประกอบการใดมีความเหมาะสมในการเข้าร่วมการยกระดับ

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 12
2	ร้อยละ 14
3	ร้อยละ 16
4	ร้อยละ 18
5	ร้อยละ 20

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ	.....-.....	.....-.....	.....-.....

****หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดใหม่

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ฐานข้อมูลระบบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวนัทธมน พลอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 0858885497

กลุ่มงาน : คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวนัทธมน พลอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 0858885497

กลุ่มงาน : คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา รพ.สต.ไร้คลังยา

2. เกณฑ์ : ระดับ 5

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

4. คำอธิบาย :

กระบวนการพัฒนา หมายถึง กิจกรรมหรือขั้นตอนที่วางแผนไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
รพ.สต. หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 95 แห่ง
ไร้คลังยา หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลดการเก็บสำรองยาที่หน่วยบริการ และเบิกยาเท่าที่ใช้จริง

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านเภสัชกรรมและผู้รับผิดชอบ ระดับจังหวัด	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด	1
2	ประชุมชี้แจงรายละเอียดของเกณฑ์การประเมิน และการเก็บข้อมูล แก่ผู้รับผิดชอบของแต่ละพื้นที่/อำเภอ	หนังสือเชิญประชุม หรือสรุปรายงานการประชุม	2
3	จัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน	แผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน	3
4	ติดตาม และประเมินผล	รายงานการติดตามและประเมินผล	4
5	สรุปผลการดำเนินงาน จัดทำเอกสารเสนอผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง	- เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน - หนังสือแจ้งส่งรายงาน	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ระดับความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา รพ.สต.ไร้คลังยา	ระดับ	N/A	N/A	N/A

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ระบบรายงานผลการปฏิบัติตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวราณี โกวานิชย์ หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

กลุ่มงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

10.ผู้จัดเก็บข้อมูล : 1.นางสาวกนกวรรณ มุสิกะศิริ หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

2.นางศันสนีย เลิศวนวัฒนา หมายเลขโทรศัพท์ 075-205615 ต่อ 201

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

2. เกณฑ์ : .....ร้อยละ **75**

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครบตามโปรแกรมมาตรฐาน ต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้

- ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	กันตัง	5	3	60
2	นาโยง	21	21	100
3	ปะเหลียน	4	4	100
4	เมืองตรัง	8	4	50.00
5	ย่านตาขาว	10	10	100
6	รัษฎา	4	4	100
7	วังวิเศษ	18	18	100
8	สิเกา	13	13	100
9	ห้วยยอด	11	10	90.9
10	หาดสำราญ	19	19	100
รวม		113	106	93.8

5. สูตรการคำนวณ :

(A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือ บำบัดโดย Methadone)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ... 60
2	ร้อยละ...65
3	ร้อยละ..70
4	ร้อยละ...75
5	ร้อยละ..80

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด.....ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม(เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate).....	..เปอร์เซนต์	54.9	41.83	86.29

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : .... ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)..... .....

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ...นายวัชรพงศ์ บิญรัตน์..หมายเลขโทรศัพท์.....091-6979891.....
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.....

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : .....นางเจนชญา ชนชอบธรรม.....หมายเลขโทรศัพท์...081-8953442...
กลุ่มงาน : .....ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.....

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

2. เกณฑ์

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

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการ 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 (SPECIAL PP) มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 – 1B033 ดังต่อไปนี้

1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ในคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI – V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ที่คำนวณจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alchohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI – V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้าในช่วงอายุ 15 – 60 ปี

หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566 : Schizophrenia 0.78 Bipolar disorder 0.06 Major depression 2.28 Alchohol and Drug Addiction 1.25 (รวมความชุก SMI = 4.37)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง

5. สูตรการคำนวณ : (A/B) X 100

A = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

B = ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า

*** หา Estimate SMI = (ค่าความชุก 4.37/100) X ประชากรกลางปี 2567 (15 – 60 ปี)
(Prevalence : Schizophrenia 0.78 Bipolar disorder 0.06 Major depression 2.28 Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) รวมความชุก SMI

*** หา Estimate SMI - V = (11.92/100) X Estimate SMI ***

(ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI – V รพจ.ขอนแก่น 1 ต.ค.64 – 31 พ.ค.66 = 11.92%)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน :

6.1 ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 31 มีนาคม 2569 ดังนี้ (รอบ 6 เดือน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 10
2	ร้อยละ 15
3	ร้อยละ 20
4	ร้อยละ 25
5	ร้อยละ 30

6.2 ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 31 สิงหาคม 2569 ดังนี้ (รอบ 11 เดือน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 30
2	ร้อยละ 35
3	ร้อยละ 40
4	ร้อยละ 45
5	ร้อยละ 50

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ	NA	NA	NA

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : 1. ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง
2. ระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวัชรพงศ์ บิญรัตน์
หมายเลขโทรศัพท์ 091 697 9891
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

10.ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวกันตา ลิ่มวัน
หมายเลขโทรศัพท์ 096 959 5251
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V)

2. เกณฑ์

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

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการ 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 (SPECIAL PP) มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 – 1B033 ดังต่อไปนี้

1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ในคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI – V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ที่คำนวณจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alchohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI – V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้าในช่วงอายุ 15 – 60 ปี

หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566 : Schizophrenia 0.78 Bipolar disorder 0.06 Major depression 2.28 Alchohol and Drug Addiction 1.25 (รวมความชุก SMI = 4.37)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

5. สูตรการคำนวณ : (A/B) X 100

A = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ที่บันทึกเข้าระบบบริการ

B = ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI – V) เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า

*** หา Estimate SMI = (ค่าความชุก 4.37/100) X ประชากรกลางปี 2567 (15 – 60 ปี)
(Prevalence : Schizophrenia 0.78 Bipolar disorder 0.06 Major depression 2.28 Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) รวมความชุก SMI

*** หา Estimate SMI - V = (11.92/100) X Estimate SMI ***

(ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI – V รพจ.ขอนแก่น 1 ต.ค.64 – 31 พ.ค.66 = 11.92%)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน :

6.1 ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 31 มีนาคม 2569 ดังนี้ (รอบ 6 เดือน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 25
2	ร้อยละ 30
3	ร้อยละ 35
4	ร้อยละ 40
5	ร้อยละ 45

6.2 ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 มิถุนายน 2569 ดังนี้ (รอบ 9 เดือน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 27
2	ร้อยละ 32
3	ร้อยละ 37
4	ร้อยละ 42
5	ร้อยละ 47

6.3 ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 31 สิงหาคม 2569 ดังนี้ (รอบ 11 เดือน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 30
2	ร้อยละ 35
3	ร้อยละ 40
4	ร้อยละ 45
5	ร้อยละ 50

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V)	ร้อยละ	NA	NA	NA

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : 1. ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง
2. ระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวัชรพงศ์ บิญรัตน์
หมายเลขโทรศัพท์ 091 697 9891
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

10.ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวกันตา ลิ่มวัน
หมายเลขโทรศัพท์ 096 959 5251
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

KPI Template เชิงปริมาณ

๑. ชื่อตัวชี้วัด: อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)

๒. เกณฑ์: ≥ร้อยละ๘๘

๓. หน่วยวัด: ร้อยละ

๔. คำอธิบาย:

๔.๑ ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๔.๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนนั้นอีกอย่างน้อย ๑ ครั้ง

๔.๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย ๑ ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

๔.๒ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

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

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

๔.๓ กลุ่มเป้าหมาย การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วย ในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

๕. เงื่อนไขการคำนวณ

๕.๑ การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย

๕.๒ 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 ๕ จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

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

๕.๔ ผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) จะถูกนำมาร่วมประเมินผลการรักษากับผู้ป่วย วัณโรคของสถานพยาบาลที่รับโอน (สถานพยาบาลสุดท้ายที่ทำการรักษา) ตามประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากสถานพยาบาลที่โอนออก

๖. สูตรการคำนวณ:

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม–๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) ซึ่งประเมินผลการรักษา ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๙ โดย ติดตามความก้าวหน้าของ

ผลการดำเนินงานทุกไตรมาส

คำนวณจากสูตรคำนวณ = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาส ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘)

๗. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน: ผลงานตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ร้อยละ ๘๖
๒	ร้อยละ ๘๗
๓	ร้อยละ ๘๘
๔	ร้อยละ ๘๙
๕	ร้อยละ ๙๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๖๕	**๒๕๖๖**	**๒๕๖๗**	**๒๕๖๘** (ไตรมาสที่๑)
ชื่อตัวชี้วัด: อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	๘๘.๘%	๙๒.๗%	๘๙.๙%	๙๑.๕% (ไตรมาสที่๑)

๙.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ๑.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)
๒.ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง

๙. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายธวัชชัย ล้วนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓๕๒๓๘๖๖๘

๑๐. ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางนงลักษณ์ ทวนชีพ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑๔๑๕๑๕๘๘

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-เยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี ระดับจังหวัดเป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ

2. เกณฑ์ :มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : ...ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ โดยพิจารณาจากวัคซีน LAJE1/JE2, DTP4, Polio4, MMR1 เก็บตก และ MMR2 จากเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน.....

5. สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์
โดยพิจารณาจากวัคซีน LAJE1/JE2, DTP4, Polio4, MMR1เก็บตก และ MMR2
จากเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน = (A/B) X 100
A= จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่
LAJE1/JE2, DTP4, Polio4, MMR1เก็บตก และ MMR2
B= จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล Type area = 1 หรือ 3)
1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง
3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ91
2	ร้อยละ93
3	ร้อยละ95
4	ร้อยละ97
5	ร้อยละ99

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-เยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ2 ปี ระดับจังหวัดเป็นไปตามเป้าหมายการกำจัด	...ร้อยละ...	97.36	95.24	97.36

โรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ				

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ...นายธวัชชัย ล้วนแก้ว.....หมายเลขโทรศัพท์....08-3523-8668

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : ....นางจุฑามาส ประจันพล....หมายเลขโทรศัพท์.....08-2394-4419

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติงานทีม T-SHERT สสจ.ตรัง

2. เกณฑ์ : วัดจากความสามารถในการจัดตั้งระบบทีมพิเศษฉุกเฉินด้านสุขภาพ จังหวัดตรัง (Trang - Special Health Emergency Response Team: T-SHERT) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และความรวดเร็วแม่นยำในการตรวจสอบเหตุการณ์และภัยสุขภาพ การตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่มีความครอบคลุมทั้งอันตรายทางชีวภาพ อันตรายจากสารเคมีและรังสี สิ่งคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุเนื่องจากการคมนาคม ขนส่ง และอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์เกี่ยวกับรถพยาบาล สิ่งคุกคามจากมนุษย์ ภัยไซเบอร์ เรื่องร้องเรียนจากการคุ้มครองผู้บริโภค การใช้บริการทางการแพทย์ รวมถึงประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้บริหารให้ความสนใจ

3. หน่วยวัด : ระดับ

4. คำอธิบาย : ทีม T-SHERT สสจ.ตรัง หมายถึง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (Communicable Disease Control Unit : CDCU) และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) โดยมีภารกิจติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที มีการประสานงานคณะทำงานและหน่วยงานต่าง ๆ ในแต่ละสัปดาห์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งมีการรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารหลักฐาน	ค่าคะแนนที่ได้
ขั้นที่ 1 การจัดตั้งระบบและโครงสร้างการบริหารจัดการ	1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน T-SHERT จังหวัดตรัง อย่างเป็นทางการ 2.มีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน 3.มีการกำหนด บทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน 4.มีระบบเวร T-SHERT Weekly	1.คำสั่งแต่งตั้งทีม T-SHERT 2.โครงสร้างการดำเนินงาน 3.บทบาทหน้าที่คณะทำงาน 4.ตารางเวรปฏิบัติงาน	1
ขั้นที่ 2 การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน	1.มี Standard Operating Procedure (SOP) การดำเนินงานทีม T-SHERT	1.SOP การดำเนินงานทีม T-SHERT 2.Flow การรายงานเหตุการณ์ 3.ช่องทางสื่อสารภายในทีม	2

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารหลักฐาน	ค่าคะแนนที่ได้
	2. SOP ครอบคลุมกระบวนการ -การเฝ้าระวังเหตุการณ์ -การตรวจสอบเหตุการณ์ -การประเมินความเสี่ยง -การรายงานเหตุการณ์ -การตอบโต้เหตุการณ์ 3.มีระบบการสื่อสารภายในทีม เช่น Line Alert / Dashboard / Situation report 4.SOP ได้รับการรับรองจากผู้บริหารและเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
ขั้นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	บุคลากรทีม T-SHERT อย่างน้อยร้อยละ 80 ผ่านการพัฒนาศักยภาพในประเด็นสำคัญ เช่น -Event-based surveillance -Rapid risk assessment -การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ -Incident Command System (ICS) -การบริหารจัดการประชุม T-SHERT Weekly Meeting	รายชื่อผู้ผ่านการอบรม	3
ขั้นที่ 4 การดำเนินงานเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์	1.มีการจัดประชุม T-SHERT Weekly Meeting อย่างต่อเนื่อง 2.เหตุการณ์โรค/ภัยสุขภาพได้รับการตรวจสอบ และประเมินความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 80 3.มีการรายงานเหตุการณ์สำคัญต่อผู้บริหารจังหวัดอย่างทันท่วงที	1.ตารางเวร T-SHERT manager Weekly / SAT Weekly 2.บันทึกการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพประจำสัปดาห์ในระบบ M-EBS 3.รายงาน T-SHERT Weekly Meeting 4.Risk Assessment Report 5.การสั่งการของผู้บริหารหรือ IC ผ่านกลุ่ม Line หรือ สรุปข้อสั่งการประจำสัปดาห์ 6. บันทึกในระบบ Smart DCIRs	4

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารหลักฐาน	ค่าคะแนนที่ได้
	4.เหตุการณ์ได้รับการบันทึกในระบบ M-EBS และ Smart DCIRs ครบถ้วน		
ขั้นที่ 5 การประเมินผลและพัฒนาระบบ	1.มีการสรุปสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ 2.มีรายงานผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารจังหวัดทุกเดือน 3.มีการถอดบทเรียนการดำเนินงาน (After Action Review: AAR) 4. มีข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์และการตอบโต้ภัยสุขภาพ 5. มีการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน	1.T-SHERT Weekly Meeting Report 2.รายงาน Situation Report (SitRep) 3.รายงาน AAR 4.รายงานสรุปผลการดำเนินงาน	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติงานทีม T-SHERT สสจ.ตรัง	ระดับ	NA	NA	NA

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1. ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง

2. สรุปผลการดำเนินงานทีมพิเศษฉุกเฉินด้านสุขภาพจังหวัดตรัง (Trang - Special Health Emergency Response Team: T-SHERT) รายเดือน จากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายธวัชชัย ล้วนแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 083-5238668
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล: ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ หมายเลขโทรศัพท์ 089-5963908
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคติดต่อ

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : คำนิยาม

4.1 บริการระดับปฐมภูมิ	หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์** รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม 04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 13 ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4.2 การบริการด้านการแพทย์แผนไทย	**หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ** เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

	- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน **รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย** 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 **รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081)** 1I00 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I01 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I05 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบสมุนไพรที่บ้าน 1I051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 1I052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 1I053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 1I058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน

	1I06 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน 1I060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน 1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 1I071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I08 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 1I080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 1I081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) 1I100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure) 1I101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น 1I102 การให้บริการสมาธิบำบัด 1I103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage) 1I104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-Caeb Diet) 1I112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) 1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy) 1I181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)
4.3 การบริการด้านแพทย์ทางเลือก	**หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย** เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติม รหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78

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

5. สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100

A =	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ สั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย ที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)
B =	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทยที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 35
2	ร้อยละ 40
3	ร้อยละ 45
4	ร้อยละ 50
5	ร้อยละ 55

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	36.45	43.38	46.65

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

7.1 วิธีการประเมิน	1. KPI monitoring (สสจ.ตรัง) 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. ข้อมูลจากการนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
7.2 เอกสาร/ฐานข้อมูลอ้างอิงและข้อมูลสนับสนุน	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
7.3 วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 34 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
7.4 ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุกไตรมาส รายงานผลทุกเดือน

๙. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : น.ส.จันทร์ทิพย์ สุวรรณหมาศ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๐๖๓-๙๘๐๓
กลุ่มงาน : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายธนาธิป รักแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๑๘๙-๘๔๙๑
กลุ่มงาน : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100 (จังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 24 ล้านบาท)

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยาที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25) โดยมีเกณฑ์เป้าหมายมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๓ จากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ตามเกณฑ์เป้าหมายในรอบ ๑๒ เดือนของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ จังหวัดตรัง แยกรายอำเภอ ดังนี้

ลำดับ	อำเภอ	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	
		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 จากปี 2568)
1	เมืองตรัง	3,797,378.50	5,050,513.41
2	กันตัง	1,530,851.00	2,036,031.83
3	ย่านตาขาว	2,748,771.50	3,655,866.10
4	ปะเหลียน	2,559,534.00	3,404,180.23
5	สิเกา	1,134,216.50	1,508,507.94
6	ห้วยยอด	3,127,443.00	4,159,499.20
7	วังวิเศษ	1,375,215.50	1,829,036.62
8	นาโยง	1,297,523.00	1,725,705.59
9	รัษฎา	405,331.00	539,090.23
10	หาดสำราญ	439,318.50	584,293.60
รวม		**18,415,582.50**	**24,492,724.75**

อ้างอิงข้อมูลจาก www.thaipadi.com/kpi ณ วันที่ 26 เดือน มกราคม 2569

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. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ
5. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของหน่วยงานภาคเอกชน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ
6. ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตัวอย่างเช่น

รหัสยาแผนไทย 24 หลัก	รหัสที่มาของยา	TTMTID
410000000010000034110662	1-	9000002
410000000060000094510662	1-	9000018
410000000100000020110662	1-	9000025
410000000100000020310662	1-	9000039

สิทธิ UC หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. สูตรการคำนวณ :

A x B = จำนวนครั้ง (สิทธิ UC) x อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษา

รายการข้อมูล 1 **A =** จำนวน (ครั้ง) ของผู้รับบริการที่ได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สิทธิ UC) ของแต่ละรายการยา

รายการข้อมูล 2 **B =** อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษาของแต่ละรายการยา

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	ร้อยละ	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC
1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	8 - 12 ล้านบาท
2	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	12 - 16 ล้านบาท
3	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	16 - 20 ล้านบาท
4	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	20 - 24 ล้านบาท
5	ร้อยละ 100	มากกว่า 24 ล้านบาท

ระดับอำเภอ

ระดับคะแนน	ร้อยละ
1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
2	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
3	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
4	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	บาท	NA	NA	18,415,582.50

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1. KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
2. Dashboard มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. Dashboard มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC โดยนายอารอฟัต สะบูดิง รพ.สุไหงปาดี จ.นราธิวาส

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

นางสาวจันทร์ทิพย์ สุวรรณมาศ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ

หมายเลขโทรศัพท์ 087-0639803

กลุ่มงาน : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล :

นางสาวนฤมล พลศิริ ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

หมายเลขโทรศัพท์ 083-6587004

กลุ่มงาน : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

KPI Template เชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดที่ ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการ ด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

2. เกณฑ์ : . ความสำเร็จระดับที่ 5

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

4. คำอธิบาย :

แผนปฏิบัติราชการรายปี หรือแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ (Action Plan) จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินการพัฒนาและบริหารจัดการงานตามภารกิจของหน่วยงานให้บรรลุผล ซึ่งเกิดจากการเชื่อมโยงกับนโยบาย แผนการบริหารจัดการ

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการ ด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569เป็นการกำหนดกระบวนการในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการพัฒนาสุขภาพของจังหวัดตรังเป็นการจัดทำแผนโดยรวมของจังหวัด ซึ่งเริ่มกระบวนการตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา การกำหนดมาตรการสำคัญในการดำเนินการจัดทำแผนกำหนดทิศทางการพัฒนา การกำกับการดำเนินงานตามแผนและการประเมินสรุปผลสำเร็จของแผน การถอดบทเรียน

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาสุขภาพของจังหวัดตรังในรอบปีที่ผ่านมา	แบบฟอร์มใบงานการวิเคราะห์สภานการณ์	1
2	มีแผนปฏิบัติราชการ ด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	เล่มแผนปฏิบัติราชการด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปี 2569	3
3	มีการดำเนินงานตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโครงการตามแผนที่กำหนด	รายงานระบบการติดตามผลการดำเนินงาน แผนฯ	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	256	2568
ชื่อตัวชี้วัด.: ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติราชการ ด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	ระดับความสำเร็จ	5	5	5

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง

-เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ตามแบบฟอร์ม 1, แบบฟอร์ม 2

-เอกสารแผนปฏิบัติราชการ ด้านการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

-หนังสือสั่งการ / หลักฐานการประชุมชี้แจงแผนปฏิบัติราชการฯ

-หลักฐานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผน เช่น รายงานผลการดำเนินงาน, เอกสารการประชุมติดตาม

-เอกสารสรุปผลความสำเร็จและการถอดบทเรียน

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: ...นายปราโมทย์ แก่นอินทร์....หมายเลขโทรศัพท์....081-5697339.....

กลุ่มงาน : ...พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.....

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : .....นางสาวปาณิสรา ซังปาน.....หมายเลขโทรศัพท์....093-7951515.....

กลุ่มงาน : ...พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.....

KPI Template เชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ตัวชี้วัดที่ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการ สสจ.ตรัง

2. เกณฑ์ : . ความสำเร็จระดับที่ 5

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

4. คำอธิบาย :

ตัวชี้วัดนี้ประเมินระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยพิจารณาความครบถ้วนของกระบวนการบริหารแผน การกำกับติดตามผล และประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การประเมินครอบคลุม 2 มิติสำคัญ ได้แก่

1) ความสำเร็จด้านการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ

- มีการจัดทำแผนที่สอดคล้องยุทธศาสตร์กระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัด
- มีการถ่ายทอดเป้าหมายสู่หน่วยปฏิบัติ
- มีระบบติดตามประเมินผลรายไตรมาส และการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก
- บรรลุผลผลิต/ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

2) ความสำเร็จด้านการเบิกจ่ายงบประมาณตามเป้าหมายสำนักงบประมาณ ปี 2569

- ให้ถือเป้าหมายการเบิกจ่ายตามแนวทางเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐของสำนักงบประมาณและกระทรวงการคลัง ดังนี้

เป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำ (งบดำเนินงาน) ปี 2569

- ไตรมาสที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 38
- ไตรมาสที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 61
- ไตรมาสที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 83
- ไตรมาสที่ 4 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100

ทั้งนี้ การประเมินความสำเร็จจะพิจารณาร่วมกันระหว่าง

- ความตรงตามกรอบเวลา (Timeliness)
- ความครบถ้วนถูกต้องตามระเบียบการเงินการคลัง
- การลดงบประมาณคงค้าง (Outstanding Balance)
- การบริหารสัญญาผูกพันให้เป็นไปตามแผน

ตัวชี้วัดนี้จึงมุ่งยกระดับการบริหารจัดการงบประมาณแบบเชิงรุก (Proactive Budget Management) เชื่อมโยงระบบติดตามผลการดำเนินงานกับการบริหารงบประมาณ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า โปร่งใส และตอบสนองเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี (เป็นตัวชี้วัดเชิงระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ประเมิน)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง	ค่าคะแนน
ระดับ 1 มีการจัดทำและประกาศใช้แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2569	มีแผนฯ ได้รับอนุมัติและสื่อสารหน่วยงานในสังกัด	แผนปฏิบัติราชการ, คำสั่ง/หนังสือแจ้งเวียน	1
ระดับ 2 มีการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน	มีการประชุมชี้แจง/ถ่ายทอดแผนอย่างเป็นทางการ	รายงานการประชุม, เอกสารนำเสนอ, MOU/คำรับรอง	2
ระดับ 3 มีระบบติดตาม กำกับ และรายงานผลการดำเนินงานและการเบิกจ่ายเป็นรายไตรมาส	รายงานผลการดำเนินงาน ≥ 2 ไตรมาส และมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค	รายงานไตรมาส, Dashboard, หนังสือกำกับติดตาม	3
ระดับ 4 ผลการเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปตามแผนที่กำหนด และมีการปรับแผน/บริหารความเสี่ยงเมื่อพบปัญหา	เบิกจ่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและมีแผนบริหารความเสี่ยง	รายงานการเงิน, รายงาน GFMIS/ระบบการเงิน, แผนปรับแผน	4
ระดับ 5 บรรลุผลสำเร็จทั้งด้านผลผลิตและผลลัพธ์ตามแผน และมีการสรุปบทเรียน/แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)	บรรลุเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 100 ของกิจกรรมสำคัญ และจัดทำรายงานสรุปบทเรียนเชิงระบบ	รายงานสรุปผลทั้งปี, เอกสาร Best Practice, หนังสือรับรองผลสำเร็จ	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	256	2568
ชื่อตัวชี้วัด.: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติราชการ สสจ.ตรัง	ระดับความสำเร็จ	5	5	5

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง

1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS)
2. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี
3. ระบบ GFMIS / ระบบการเงินการคลังของหน่วยงาน
4. รายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: ...นายปราโมทย์ แก่นอินทร์....หมายเลขโทรศัพท์....081-5697339.....

กลุ่มงาน : ...พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.....

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : .....นางสาวปาณิสรา ซังปาน.....หมายเลขโทรศัพท์....093-7951515.....

กลุ่มงาน : ...พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.....

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.จังหวัดตรัง

2. เกณฑ์ : ระดับ

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

4. คำอธิบาย :

- คปสอ. (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ): คือ การผนึกกำลังกันของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) รวมถึงเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เพื่อร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรและวางแผนดูแลสุขภาพของคนในอำเภอ
- การตรวจราชการ (Inspection): การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม นโยบายสำคัญ และ ตัวชี้วัด (KPI) ที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขตจังหวัดตรังกำหนด เพื่อดูว่าการทำงานเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่
- การนิเทศงาน (Supervision): เป็นกระบวนการที่เน้น "การสนับสนุน" มากกว่าการจับผิด โดยจะมีผู้รับผิดชอบงานหรือพี่เลี้ยงจากระดับจังหวัดมาให้คำแนะนำ สอนงาน และช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่หน้างาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น การตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.จังหวัดตรัง หมายถึง กระบวนการลงไปติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญ และตัวชี้วัด (KPI) ที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขตจังหวัดตรังกำหนด และการสนับสนุน การให้คำแนะนำ การช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อพัฒนาคุณภาพงานให้ดียิ่งขึ้น จากคณะกรรมการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กำหนดไว้อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

5. สูตรการคำนวณ :

- ไม่มี -

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับจังหวัด	- คำสั่งแต่งตั้งกม.	1
2	มีแผน และแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.	- แผน และแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.	2

3	มีการเตรียมความพร้อม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.	- มีการจัดประชุมชี้แจง อบรม ให้ความรู้ เพื่อพัฒนา กม.	3
4	ออกตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ. ตามแผนที่กำหนดไว้	- ลายมือชื่อ กม.ออกตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.	4
5	มีรายงานสรุปผลและนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.แก่ผู้บริหาร และหน่วยงานในสังกัดทราบ	- รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศ	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการตรวจราชการและนิเทศงาน คปสอ.จังหวัดตรัง	ระดับ	NA	NA	NA

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : 1. รายงานผลการดำเนินงาน KPI mornitoring สสจ.ตรัง ปี 2569
2.รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศ

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายปราโมทยื แก่นอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 5697339
กลุ่มงาน : พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายเฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-5736464
กลุ่มงาน : พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2. เกณฑ์ : ระดับ

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

4. คำอธิบาย :

- การติดตามกำกับ (Monitoring): คือ การตรวจสอบ "ระหว่างทาง" เพื่อดูว่ากิจกรรมต่าง ๆ กำลังดำเนินไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรเกิดขึ้นไหม เพื่อจะได้แก้ไขได้ทันท่วงที
- การประเมินผล (Evaluation): คือ การตรวจสอบ "เมื่อสิ้นสุด" ระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตัดสินว่าผลลัพธ์ที่ได้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด (KPI) ที่ตั้งไว้หรือไม่ และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด
- ตัวชี้วัด (KPI) หรือ Key Performance Indicator คือ เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยเปลี่ยน "เป้าหมาย" ที่เป็นนามธรรม ให้กลายเป็น "ค่าตัวเลข" หรือ "เกณฑ์" ที่วัดผลได้จริง เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนว่าตอนนี้เราอยู่ห่างจากจุดหมายมากน้อยแค่ไหน ปีงบประมาณ 2569 ได้แก่ ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับต่างๆ และอื่นๆตามที่กำหนด

ดังนั้น การติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและการประเมินผลงานกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะๆ โดยมีการกำหนดค่าเป้าหมาย เกณฑ์ ค่าตัวเลข เปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของแต่ละตัวชี้วัด(KPI) ที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขตจังหวัดตรังกำหนด ผ่านเครื่องมือต่างๆที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์

5. สูตรการคำนวณ :

- ไม่มี -

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดรายละเอียดของตัวชี้วัด (KPI Template) ตัวชี้วัด(KPI) ระดับต่างๆ	- มีบัญชีรายชื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีการรวบรวมรายละเอียดของตัวชี้วัด(KPI Template) ระดับต่างๆ	1

2	มีการประชุมชี้แจงแนวทาง การติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดระดับต่างๆ	- มีการจัดประชุมชี้แจง แนวทาง การติดตามกำกับ และประเมินผลแก่ผู้รับผิดชอบงาน	2
3	มีการพัฒนาเครื่องมือหรือระบบเพื่อติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดอย่างน้อย 1 ระบบ	- การเครื่องมือหรือระบบเพื่อติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดอย่างน้อย 1 ระบบ	3
4	มีการสรุปและนำเสนอผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน ให้ผู้บริหาร และหน่วยงานในสังกัดทราบ	- ไฟล์นำเสนอสรุปผลงาน	4
5	มีรายงานสรุปผลและนำเสนอสรุปผลการผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดแก่ผู้บริหารและหน่วยงานในสังกัดทราบ	- รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง	ระดับ	NA	NA	NA

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : 1.รายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง ปี 2569
2.รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายปราโมทย์ แก่นอินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 5697339
กลุ่มงาน : พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายเฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-5736464
กลุ่มงาน : พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : อัตราการให้บริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ต่อทันตบุคลากร

2. เกณฑ์ : 1,840

3.หน่วยวัด : ครั้งต่อคน

4. คำอธิบาย : .จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทันตกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมทุกบริการตามรหัส ICD 10 TM รวมทุกสิทธิ์ (ครั้ง)

จำนวนทันตบุคลากร (คน) ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และรพ.สต.ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอบจ.

5. สูตรการคำนวณ : A/B

A = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (ครั้ง)

B = จำนวนทันตบุคลากร

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	1,342 ครั้ง/คน
2	1,591 ครั้ง/คน
3	1,840 ครั้ง/คน
4	2,089 ครั้ง/คน
5	2,338 ครั้ง/คน

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
อัตราการให้บริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ต่อทันตบุคลากร	ครั้งต่อคน	NA	NA	1,463

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1. รายงาน HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน>> ข้อ 3.ทันตกรรมบริการ>> ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (ครั้ง)
2. KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9630401 กลุ่มงาน : ทันตสาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9630401 กลุ่มงาน : ทันตสาธารณสุข

หมายเหตุ จำนวนทันตบุคลากร ณ 1 มีนาคม 2569

อำเภอ	ทันตแพทย์	จพ./ นวก.ทันต สาธารณสุขใน รพ.	จพ./ นวก.ทันต สาธารณสุข ใน รพ.สต.สังกัด สธ.	จพ./ นวก.ทันต สาธารณสุขใน รพ.สต.สังกัด อบจ.	รวมทันต บุคลากร
เมือง	20	4	12	0	**36**
กันตัง	10	7	2	2	**21**
นาโยง	5	4	4	0	**13**
ย่านตาขาว	6	4	2	6	**18**
ห้วยยอด	17	7	4	4	**32**
รัษฎา	4	1	2	0	**7**
วังวิเศษ	4	5	0	0	**9**
สิเกา	3	7	1	1	**12**
ปะเหลียน	7	3	8	0	**18**
หาดสำราญ	3	3	0	1	**7**
รวม	**79**	**45**	**35**	**14**	**173**

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 80

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

****ผลการตรวจฟันต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50****

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

• เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง เด็กอายุ 0 - 5 ปีที่มีฟันน้ำนมที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใด ๆ อีก และไม่มีฟันน้ำนมถูกถอนจากโรคฟันผุ

5. สูตรการคำนวณ : (A/B)* 100

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 และเป็นประชาชนไทย 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

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	70
2	75
3	80
4	85
5	90

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	NA	NA	NA

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1. ผลงานบริการ (ครั้ง): รายงาน HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน>> ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพช่องปาก>> ข้อที่ 20 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

2. KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3. ผลการดำเนินชองแต่ละหน่วยงาน

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9630401
กลุ่มงาน : ทันตสาธารณสุข

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9630401
กลุ่มงาน : ทันตสาธารณสุข

Kpi Template เชิงปริมาณ

๑. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของจำนวนเรื่องวินัย ละเมิด คดีปกครอง และเรื่องร้องเรียน ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

๒. เกณฑ์ : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. หน่วยวัด : ร้อยละ

๔. คำอธิบาย :

วินัย หมายถึง การดำเนินการทางวินัยตาม พรบ.ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

ละเมิด หมายถึง การดำเนินการทางละเมิดตาม พรบ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙

คดีปกครอง หมายถึง การดำเนินการคดีปกครองไม่ว่าจะเป็นผู้ฟ้องคดีหรือผู้ถูกฟ้องคดี

เรื่องร้องเรียน หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนทุกช่องทาง

ระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด หมายถึง ระยะเวลาที่กฎหมายหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานต้นเรื่องกำหนด

๕. สูตรการคำนวณ :

(A/B) x ๑๐๐
A = จำนวนเรื่องวินัย ละเมิด คดีปกครอง และเรื่องร้องเรียน ที่ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด B = จำนวนเรื่องวินัย ละเมิด คดีปกครอง และเรื่องร้องเรียนที่ดำเนินการทั้งหมด

๖. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๙ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ร้อยละ ๗๐
๒	ร้อยละ ๗๕
๓	ร้อยละ ๘๐
๔	ร้อยละ ๘๕
๕	ร้อยละ ๙๐

๗. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ร้อยละของจำนวนเรื่องวินัย ละเมิด คดีปกครอง และเรื่องร้องเรียน ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๙๐

๘.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ๑.สำนวนคดีและรายงานสรุปผลจากกลุ่มกฎหมาย

๒. KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

๙. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายนิติ ไพศาลโอภาส หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘๙๘๗๕๒๖๔๕ กลุ่มกฎหมาย

๑๐. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสมิตา ประสานวุฒิ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘๒๘๑๑๑๐๑๔ กลุ่มกฎหมาย

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2

2. เกณฑ์ : ระดับ 7 น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 2

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรัง จำนวน 10 แห่ง

หน่วยบริการที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินตามเกณฑ์การคิดสถานะทางการเงิน (Risk Scoring) 7ระดับ โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ดังนี้

1) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน(หักงบลงทุน) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน
2) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดบวกกับลูกหนี้ (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน
3) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (ไม่รวมสินค้าคงคลัง ลูกหนี้ และงบลงทุน) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน
4) เงินทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน
5) รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่ายรวม (รวมค่าเสื่อมราคา)

นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และประเมินสถานะทางการเงิน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

เกณฑ์การประเมินสถานะทางการเงิน	**น้ำหนักคะแนน**
1.**กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์** (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)	
1.1 CR < 1.5	1
1.2 QR < 1.0	1
1.3 Cash < 0.8	1
2.**กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน** (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (เงินทุนสำรองสุทธิ) NWC < 0	1
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำ กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1
3.**กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ** (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	
3.1 มิติ NWC หรือ เงินทุนสำรองสุทธิ ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)	
a) ระยะเวลาเงินทุนสำรองสุทธิอาจหมด > 6 เดือน	0
b) ระยะเวลาเงินทุนสำรองสุทธิอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1
c) ระยะเวลาเงินทุนสำรองสุทธิอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2

เกณฑ์การประเมินสถานะทางการเงิน	น้ำหนักคะแนน
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอรับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)	
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2

หมายเหตุ การแปลผล : ความเสี่ยงสูงสุด ระดับคะแนน เท่ากับ 7 ต่ำสุดระดับคะแนน เท่ากับ 0 และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ นำเงื่อนไขข้างต้น มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน แบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

1. สถานะทางการเงินปกติ ระดับ 0-1
2. เริ่มขาดสภาพคล่อง ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
3. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน
4. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 6 เดือน
5. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
6. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน
7. ขาดสภาพคล่อง ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

➢ การประเมินสถานะทางการเงิน (Risk Scoring) ดำเนินการโดยการนำข้อมูลงบการเงินที่หน่วยบริการส่งผ่านหน้าเว็บกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo.moph.go.th/) ภายในทุกวันที่ 10 ของเดือนถัดไป มาทำการวิเคราะห์ ประเมินผล และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบเป็นรายเดือน และรายไตรมาส

5. สูตรการคำนวณ : (B/A) X 100

A = จำนวนรพ.ทั้งหมด (10 แห่ง)

B = จำนวนรพ.ที่ขาดสภาพคล่องระดับ 7 (แห่ง)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

6.1 เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละของหน่วยบริการประสบปัญหาขาดสภาพคล่องฯ ระดับ 7	4	3	2	1	0

6.2 เกณฑ์การให้คะแนนระดับหน่วยบริการ

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

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		Q4/2566	Q4/2567	Q4/2568
ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละ	ร้อยละ 0 (- แห่ง)	ร้อยละ 10 (1 แห่ง)	ร้อยละ 30 (3 แห่ง)

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

8.1 KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (https://203.157.233.68/sis/index.php)

8.2 ผลการประเมินสถานะทางการเงิน (Risk Scoring) โดยการนำข้อมูลงบการเงินจากหน้าเว็บกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo.moph.go.th/) มาทำการวิเคราะห์และประเมินผล (รายเดือน/รายไตรมาส)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสิทธิชัย จันทร์สีดำ หมายเลขโทรศัพท์ : 08-1691-0562
E-mail : chai.jsd@gmail.com
หัวหน้ากลุ่มงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางฐิติมา เจนศุภการ หมายเลขโทรศัพท์ : 08-6268-3810
E-mail : thittm@gmail.com
ผู้รับผิดชอบงาน : งานบริหารจัดการการเงินการคลัง กลุ่มงานประกันสุขภาพ

สถานะทางการเงิน (Risk Scoring) ปีงบประมาณ 2566-ปัจจุบัน

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลการประเมินระดับวิกฤติทางการเงิน (Risk Score) ระดับ...															
		ปีงบประมาณ 2566				ปีงบประมาณ 2567				ปีงบประมาณ 2568				ปีงบประมาณ 2569			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	ตค.68	พย.68	ธค.68	มค.69
1	ตรัง,รพศ.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1
2	กันตัง,รพช.	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	4	0	0	3	3
3	ย่านตาขาว,รพช.	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	3	3
4	ปะเหลียน,รพช.	0	0	1	3	0	1	1	6	3	3	4	3	1	2	1	3
5	สิเกา,รพช.	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6	ห้วยยอด,รพช.	0	0	1	1	0	0	1	2	3	1	3	3	6	2	5	6
7	วังวิเศษ,รพช.	0	0	1	1	0	0	0	2	3	0	5	7	2	2	6	7
8	นาโยง,รพช.	0	0	1	4	1	1	1	3	2	5	6	4	2	5	3	5
9	รัษฎา,รพช.	0	0	3	6	2	2	2	7	3	3	6	7	2	3	6	7
10	หาดสำราญ,รพช.	0	0	2	3	0	1	3	6	1	0	3	7	1	2	2	6
จ.ตรัง	ระดับ 7 รวม(แห่ง)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	2
	ระดับ 6 รวม(แห่ง)	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	2	2

แหล่งข้อมูล : https://hfo.moph.go.th/ ณ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2569

แหล่งข้อมูล : https://hfo.moph.go.th/ ณ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับ B ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55

2. เกณฑ์ : ผลการประเมินระดับ B ขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 แห่ง

เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) กำหนดประเด็นการประเมิน 2 ส่วน คะแนนรวมทั้งสิ้น 15 คะแนน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) คะแนนรวม 10 คะแนน ประกอบด้วย

1.1 การบริหารแผนการเงิน Planfin : ประเมินแผนเทียบผลการดำเนินงาน อยู่ในช่วง ± ร้อยละ 5 รวม 2 คะแนน

- ประเมินแผนเทียบผลด้านรายได้ ± ร้อยละ 5 1 คะแนน
- ประเมินแผนเทียบผลด้านค่าใช้จ่าย ± ร้อยละ 5 1 คะแนน

1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน รวม 3 คะแนน

- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า ค่ายา เวชภัณฑ์มิใช่ยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน 1 คะแนน
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิบัตรทอง (UC) ≤ 60 วัน 0.5 คะแนน
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง (CSMBS) ≤ 60 วัน 0.5 คะแนน
- การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน 1 คะแนน

1.3 การบริหารจัดการ รวม 5 คะแนน

1.3.1 ต้นทุนบริการ คะแนนเต็ม 2 คะแนน จาก 6 รายการย่อยด้านล่าง

(ถ้าได้ 2 คะแนนขึ้นไป คือ ได้ 2 คะแนนเต็ม)

1) ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 1 คะแนน

2) ต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 1 คะแนน

3) ต้นทุนค่าแรง (LC) ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 0.5 คะแนน

4) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ค่ายา ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 0.5 คะแนน

5) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มฯ 0.5 คะแนน

6) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุการแพทย์ ไม่เกินค่ากลางตามกลุ่มฯ 0.5 คะแนน

1.3.2 คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น คะแนนเต็ม 1 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100)

1.3.3 ค่าผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ คะแนนเต็ม 2 คะแนน จาก 2 รายการย่อยด้านล่าง

1) อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ ร้อยละ 80 1 คะแนน

2) ค่า Sum AdjRW เกินเกณฑ์ค่ากลางกลุ่มระดับโรงพยาบาล/เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicators) คะแนนรวม 5 คะแนน ประกอบด้วย

2.1 ความสามารถในการทำกำไร รวม 3 คะแนน

- ประสิทธิภาพการทำกำไร (Operating Margin) ≥ ค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 1 คะแนน
- อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)≥ ค่ากลางตามกลุ่มระดับโรงพยาบาล 1 คะแนน
- EBITDA : รายได้(ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย(ไม่รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) ≥ 0 1 คะแนน

2.2 สภาพคล่องทางการเงิน รวม 2 คะแนน

- NWC (Net Working Capital) : เงินทุนสำรองสุทธิคงเหลือ ≥ 0 1 คะแนน
- Cash Ratio : อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพียงพอในการชำระหนี้สินหมุนเวียน ≥ 0.8 1 คะแนน

ผลคะแนนประเมิน TPS	Grade	การแปลผล
≥ 12 คะแนน	A	ดีมาก
≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน	B	ดี
≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน	C	พอใช้
≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน	D	ต้องปรับปรุง
< 7.5 คะแนน	F	ไม่ผ่าน

➢ การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (TPS) ดำเนินการโดย กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะนำข้อมูลงบการเงินที่ส่งผ่านหน้าเว็บกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo.moph.go.th/) และ ข้อมูลผลงานบริการที่ส่งผ่านหน้าเว็บกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) (http://cmi.healtharea.net/) (ประมวลผลข้อมูลบริการ วันที่ 25 ของเดือนถัดไป) มาทำการวิเคราะห์ ประเมินผลและแจ้งผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (TPS) ผ่านทางหน้าเว็บ https://hfo.moph.go.th/ เป็นรายไตรมาส (ประมาณ 1 เดือน หลังสิ้นไตรมาส)

5. สูตรการคำนวณ :

(B/A) X 100

A = จำนวนรพ.ทั้งหมด (10 แห่ง)

B = จำนวนรพ.ที่ผ่านเกณฑ์ TPS ระดับ B ขึ้นไป (แห่ง)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

6.1 เกณฑ์การให้คะแนน *ระดับจังหวัด*

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการมีผลประเมิน **TPS** ได้ **Grade B** ≥ ร้อยละ 55	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลประเมิน **TPS** ได้ **Grade B** ≥ ร้อยละ 55	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลประเมิน **TPS** ได้ **Grade B** ≥ ร้อยละ 55	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลประเมิน **TPS** ได้ **Grade B** ≥ ร้อยละ 55

6.2 เกณฑ์การให้คะแนน *ระดับหน่วยบริการ*

ระดับคะแนน	ผลการประเมิน TPS / (Grade)
1 คะแนน	< 7.5 คะแนน / Grade F
2 คะแนน	≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน / Grade D
3 คะแนน	≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน / Grade C
4 คะแนน	≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน / Grade B
5 คะแนน	≥ 12 คะแนน / Grade A

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ		
		Q4/2566	Q4/2567	Q4/2568
ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (TPS) ระดับ B ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	ร้อยละ	ร้อยละ 10 (1 แห่ง)	ร้อยละ 30 (3 แห่ง)	ร้อยละ 40 (4 แห่ง)

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

8.1 KPI Monitoring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (https://203.157.233.68/sis/index.php)

8.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (TPS) จากหน้าเว็บกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (https://hfo.moph.go.th/) (ออกรายไตรมาส)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสิทธิชัย จันทร์สีดำ

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ : 08-1691-0562

E-mail : chai.jsd@gmail.com

หัวหน้ากลุ่มงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางฐิติมา เจนศุภการ

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ : 08-6268-3810

E-mail : thittm@gmail.com

ผู้รับผิดชอบงาน : งานบริหารจัดการการเงินการคลัง กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score : TPS รายไตรมาส ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566-ปัจจุบัน

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลการประเมิน TPS เกรด...												
		ปีงบประมาณ 2566				ปีงบประมาณ 2567				ปีงบประมาณ 2568				ปีงบ2569
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
1	ตรัง,รพศ.	B	B	A	A	A	A	A	A	B	B	B	A	A
2	กันตัง,รพช.	C	D	D	D	D	D	B	C	C	C	C	F	D
3	ย่านตาขาว,รพช.	D	D	C	D	B	B	B	D	D	C	D	D	B
4	ปะเหลียน,รพช.	D	D	D	D	A	B	A	C	D	C	B	B	B
5	สิเกา,รพช.	D	F	C	C	C	B	B	C	D	A	B	B	A
6	ห้วยยอด,รพช.	A	B	C	C	A	A	A	A	D	C	D	D	F
7	วังวิเศษ,รพช.	C	C	C	C	B	A	A	C	D	C	D	F	F
8	นาโยง,รพช.	B	B	C	D	B	A	B	B	D	F	C	B	C
9	รัษฎา,รพช.	C	B	F	F	D	D	D	F	F	D	F	C	D
10	หาดสำราญ,รพช.	C	D	D	C	C	B	D	F	D	C	D	C	C
รวม TPS เกรด A (แห่ง)		1	0	1	1	3	4	4	2	0	1	0	1	2
รวม TPS เกรด B (แห่ง)		2	4	0	0	3	4	4	1	1	1	3	3	2

หมายเหตุ * กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. เริ่มการประเมินประสิทธิภาพ TPS ครั้งแรก

แหล่งข้อมูล : https://hfo.moph.go.th/ ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการบริหารงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569

2. เกณฑ์ : ระดับ 3

3.หน่วยวัด : ระดับ

4. คำอธิบาย : งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2569

โปรแกรมระบบจัดการบริหารงบค่าเสื่อม หมายถึง โปรแกรมรายงานงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ประกอบด้วย การบันทึกรายการแผนงบค่าเสื่อมการรายงานผลการดำเนินงานฯ /การขอเปลี่ยนแปลงรายการ /การขอขยายระยะเวลาและการจัดการงบเหลือจ่ายงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการฯ

ขั้นตอนการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม หมายถึง การที่เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอดำเนินการบันทึกข้อมูลการดำเนินการงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2569 และระบุสถานะ 0-5 คือ

- **0** (ยังไม่ดำเนินการ)
- **1** (จัดทำแผนการจัดซื้อ/จัดจ้างแล้ว)
- **2** (ขออนุมัติจัดซื้อ/จัดจ้างแล้ว)
- **3** (ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว)
- **4** (ตรวจรับเรียบร้อย)
- **5** (เบิกจ่ายเงินแล้ว)

5. สูตรการคำนวณ :

(A/B) x 100

A = จำนวนรายการงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ดำเนินการลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้างและบันทึกลงในโปรแกรมระบบจัดการบริหารงบค่าเสื่อมเรียบร้อยแล้ว

B = จำนวนรายการงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ได้รับการจัดสรร

(A/B) x 100

A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ได้ดำเนินการเบิกจ่ายและบันทึกลงในโปรแกรมระบบจัดการบริหารงบค่าเสื่อม

B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2569 ที่ได้รับการจัดสรร

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน) ดังนี้

รอบที่ 1 ประเมินการทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 มีนาคม 2569

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	การลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 40	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	1 คะแนน

2	การลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 45	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	2 คะแนน
3	การลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 50	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	3 คะแนน
4	การลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 55	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	4 คะแนน
5	การลงนามในสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 60	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	5 คะแนน

รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การเบิกจ่ายงบประมาณ ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2569 – 31 สิงหาคม 2569

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	การเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 60	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	1 คะแนน
2	การเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 65	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	2 คะแนน
3	การเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 70	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	3 คะแนน
4	การเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 75	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	4 คะแนน
5	การเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 80	1.โปรแกรมงบค่าเสื่อมฯ 2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง	5 คะแนน

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2565	2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการบริหารงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2569	ระดับ	NA	NA	NA	NA

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : 1.โปรแกรมบริหารจัดการงบค่าเสื่อม สปสช.12 สงขลา
https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget/production/index.php
2.สรุปรายงานงบค่าเสื่อม จากกง.ประกันฯ สสจ.ตรัง
3.ระบบการรายงานผลการดำเนินงาน KPI Monitoring สสจ.ตรัง
https://203.157.233.68/sis/index.php

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสิทธิชัย จันทร์สีดำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 081-6910562

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปาณิสรา ศรีธนสาร ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ 098-5653962

(1) KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละการบริหารจัดการตำแหน่งว่างคงเหลือ

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 4

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง หมายถึง กระบวนการจัดการให้ตำแหน่งว่างของข้าราชการเปลี่ยนเป็นตำแหน่งที่มีคนครอง โดยการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา กำหนดวิธีการ/ขั้นตอน (Procedure) การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่ชัดเจนและเป็นไปตามระเบียบ/ข้อสั่งการ และกำหนดระยะเวลา (Time line) ในการควบคุม กำกับ การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง

4.1 จำนวนตำแหน่งทั้งหมด หมายถึง ตำแหน่งทั้งที่มีคนครองและไม่มีคนครอง

4.2 ข้อมูลรายการมีคนครอง หมายถึง ตำแหน่งที่มีคนครอง (ข้อมูลตำแหน่งเฉพาะที่มีคนครอง ไม่นับรวมตำแหน่งว่าง)

4.3 ข้อมูลรายการไม่มีคนครอง หมายถึง ตำแหน่งว่างของหน่วยงานทุกตำแหน่ง

5. สูตรการคำนวณ :

ร้อยละการบริหารจัดการตำแหน่งว่างคงเหลือ

คำนวณจากสูตร = Ax100/B

A = จำนวนตำแหน่งว่างที่ไม่มีคนครอง

B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด

$$\textbf{ร้อยละตำแหน่งว่าง} = \frac{\textbf{จำนวนตำแหน่งที่ไม่มีคนครอง x 100}}{\textbf{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด}}$$

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 5.50
2	ร้อยละ 5
3	ร้อยละ 4.5
4	ร้อยละ 4
5	ร้อยละ <4

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละการบริหารจัดการตำแหน่งว่างคงเหลือ	ร้อยละ	NA	6.2	4

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ข้อมูลปี พ.ศ. 2568

8.1 รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัด โปรแกรม KPI Monitorring สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

8.2 สรุผลการบริหารตำแหน่งว่าง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

8.3 ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS: Human Resource office of the Permanent Secretary System)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายบุญฤทธิ์ ปราบรัตน์ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล หมายเลขโทรศัพท์ 0819584236

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพียงพิศ รักษ์ทอง ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล หมายเลขโทรศัพท์ 0918457235

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : 1. หน่วยงาน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 1 แห่ง , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 แห่ง , โรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง รวมทั้งหมด 21 แห่ง

2. หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ≥ ร้อยละ 90

3. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2569

5. สูตรการคำนวณ :

A x 100/B

A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ 90 คะแนนขึ้นไป (ใน 1 ปี)
(จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 90 คะแนน)

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (21 หน่วยงาน)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
5	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด...ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA.....	ร้อยละ	85.71	95.24	100

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางธิตาพร แก้วเพ็ง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 086 – 945-4433

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : น.ส.ธีรนันท์ สินตระกูล ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 087 – 465-4677

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : 1. หน่วยงาน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 1 แห่ง , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 แห่ง , โรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 95 แห่ง รวมทั้งสิ้น 116 แห่ง

2. คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย หมายถึง คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่ 302/2568 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2568

3. หน่วยงานต้องได้รับการตรวจสอบภายใน ตามแผนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

4. มีการรายงานผลการตรวจสอบภายใน ตามแผนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

5. สูตรการคำนวณ :

A x 100/B

A = จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบภายใน

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่รับการตรวจสอบภายใน

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	รอบ 12 เดือน
1	ร้อยละ 60
2	ร้อยละ 70
3	ร้อยละ 80
4	ร้อยละ 90
5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด...ร้อยละของหน่วยงานได้รับการตรวจสอบภายใน โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569...	ร้อยละ	100	100	100

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เรื่องรายงานผลการตรวจสอบประจำปี

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางธิตาพร แก้วเพ็ง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

หมายเลขโทรศัพท์ 086 – 945-4433

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : น.ส.ธีรนันท์ สินตระกูล ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

หมายเลขโทรศัพท์ 087 – 465-4677

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยงานได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 85

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : 1. ระบบตรวจสอบภายในด้วย อิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) คือ ระบบที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในภาครัฐ ให้มีความทันสมัย โปร่งใส และรวดเร็ว ช่วยลดขั้นตอนการทำงานและประเมินผลการดำเนินงานแบบอัตโนมัติ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงจัดทำหลักเกณฑ์การประเมินและแบบประเมินระบบควบคุมภายในสำหรับการตรวจสอบประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 6 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง และมิติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

2. หน่วยงานได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ในครั้งนี้ เฉพาะมิติด้านระบบการควบคุมภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

3. หน่วยงาน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง รวม 11 แห่ง

5. สูตรการคำนวณ :

A x 100/B

A = จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายใน

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายใน

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	รอบ 12 เดือน
1	ร้อยละ 65
2	ร้อยละ 70
3	ร้อยละ 75
4	ร้อยละ 80
5	ร้อยละ 85

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด...ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569...	ร้อยละ	88.89	83.33	75

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องขอส่งรายงานผลการตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางธิตาพร แก้วเพ็ง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 086 – 945-4433

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : น.ส.ธีรนันท์ สินตระกูล ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ
กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 087 – 465-4677

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

1. **การใช้จ่ายงบประมาณ** คือ การเบิกจ่ายงบประมาณและการก่อหนี้ผูกพันงบประมาณ ที่หน่วยงานได้รับจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยประเมินจากร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณ 2 ประเภท ดังนี้

1. รายจ่ายประจำ (งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน และงบรายจ่ายอื่น)
2. รายจ่ายลงทุน

2. งบประมาณที่ได้รับจัดสรร คือ งบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรตามแผนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2569 ในระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMIS Thai)

3. **เป้าหมายการใช้จ่าย**

การกำหนดเป้าหมายการใช้จ่าย อ้างอิงจากมาตรการเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณและการใช้จ่ายภาครัฐประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 กระทรวงการคลัง ดังนี้

ประเภทรายจ่าย	เป้าหมายใช้จ่าย(ร้อยละ)			
	ไตรมาส 1 (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส 2 (ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส 3 (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส 4 (ก.ค.-ก.ย.)
ภาพรวม	38.00	61.00	81.00	100.00
รายจ่ายประจำ	38.00	61.00	84.00	100.00
รายจ่ายลงทุน	36.00	59.00	69.00	100.00

เกณฑ์การพิจารณา

1. พิจารณาตามความสามารถในการใช้จ่ายงบประมาณสะสมตามรายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMIS Thai) แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้
   1) **ภาพรวม** คำนวณจากร้อยละผลการใช้จ่ายสะสมทุกงบประมาณรายจ่าย (ยกเว้นงบบุคลากร) ที่หน่วยงานได้รับจัดสรร
   2) **รายจ่ายประจำ** คำนวณจากร้อยละผลการใช้จ่ายสะสมของงบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน และงบรายจ่ายอื่นที่หน่วยงานได้รับจัดสรร
   3) **รายจ่ายลงทุน** คำนวณจากร้อยละผลการใช้จ่ายสะสมของงบลงทุนที่หน่วยงานได้รับจัดสรร

2. หน่วยงานได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มระหว่างปี ให้นำงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติมมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

5. สูตรการคำนวณ :

- สูตรคำนวณร้อยละผลการใช้จ่ายงบประมาณสะสมของแต่ละรายจ่าย (รายจ่ายภาพรวม, รายจ่ายประจำ, รายจ่ายลงทุน (ถ้ามี))

สูตร $\frac{A}{B} \times 100 = C$

A = ผลการใช้จ่ายสะสมของหน่วยงาน

B = งบประมาณที่หน่วยงานได้รับจัดสรรตามแผนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2569 กรมอนามัย รวมกับงบประมาณที่ได้รับโอนระหว่างปีงบประมาณ ภายใต้ศูนย์ต้นทุนของหน่วยงานในระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMIS Thai)

C = ร้อยละผลการใช้จ่ายงบประมาณสะสมของแต่ละรายจ่าย

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 45	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 50	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 55	ร้อยละ 95
5	ร้อยละ 61	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด...ร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ			99.98

7. **แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :** ข้อมูลการใช้จ่ายเงินงบประมาณจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMIS Thai)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางธิตาพร แก้วเพ็ง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 086 – 945-4433

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางมัลลิกา ชินนาพันธ์ ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการรักษาการใน ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 084 – 6292063

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

1. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. โรงพยาบาลอัจฉริยะ หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ
3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1.ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม 300 คะแนน

2. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน

3. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน

4. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม 100 คะแนน

โดยแย่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับเงิน 600 คะแนนขึ้นไป

ระดับทอง 700 คะแนนขึ้นไป และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้าง ด้านบริหาร และด้านบริการ ด้านละ 170 คะแนน

ระดับเพชร 800 คะแนนขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้าง ด้านบริหาร และด้านบริการ ด้านละ 170 คะแนน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูงของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

5. สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ} \times 100}{\text{จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดตรัง ทั้งหมด}}$$

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ
2	ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ
3	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ
4	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะและมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับทองอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล
5	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะและมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับเพชรอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	ร้อยละ	-	-	100

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ระบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart hospital)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสมโชค ขวัญเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 0 8626 7472 1

กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวปานฤทัย จำนงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 0 84064 0099

กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

2. เกณฑ์ : ระดับ ๕ (ดำเนินการผ่านครบทุกข้อ)

3. หน่วยวัด : จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์

4. คำอธิบาย :

1. มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ คือ เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+)

2. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง คือ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตราฐานความรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: 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. สำรวจและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล
13. อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัย
14. Network Segmentation
15. ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์
16. Penetration Testing
17. มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากร

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 10 ข้อ		1
2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 12 ข้อ		2
3	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 14 ข้อ		3
4	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 16 ข้อ		4
5	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ครบทุกข้อ		5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด.....	.....	.....	.....	.....

8.แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : Dashboard การยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2569

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสมโชค ขวัญเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 0 8626 7472 1
กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางสาวปานฤทัย จำนงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 0 84 064 0099
กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลยื่นขอรับรอง HAIT

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

1. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)
3. ยื่นของรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินกระบวนการยื่นขอรรับรอง HAIT โดยติดต่อประสานไปยังสมาคมเวชสารสนเทศไทย (Thai Medical Informatics Association : TMI) ทางอีเมล์ official@tmi.or.th และแจ้งหนังสือให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ

5. สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT x 100}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดตรัง ทั้งหมด}}$$

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
2	ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
3	ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
4	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
5	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT และได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมินจาก TMI อย่างน้อย 1 โรงพยาบาล

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	ร้อยละ	-	-	20

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : หนังสือแจ้งการยื่นขอรับรอง HAIT ตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสมโชค ขวัญเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 0 8626 7472 1

กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นายมงคล สองทิศ หมายเลขโทรศัพท์ 0 8626 7472 1

กลุ่มงาน : สุขภาพดิจิทัล

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 80

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : **หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการ ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรืออุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพ ดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของ บุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่

(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณี การปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดย การแพทย์ แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือ เข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการ ส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 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 ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการ สุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)

2.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้มีเกิดการขับเคลื่อน การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3.มีการเชื่อมโยงข้อมูลแพทย์คู่ประชาชน

4.มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

5. สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

$$= \frac{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด}}$$

<u>หมายเหตุ</u>

จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนฯ และผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสะสม)

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน :

ผลงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ร้อยละ 70
2	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ร้อยละ 75
3	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ร้อยละ 80
4	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ร้อยละ 85
5	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ ร้อยละ 90

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน				
- ระดับจังหวัด	ร้อยละ	-	-	88.68
- ระดับอำเภอ	ร้อยละ	-	-	XX.XX

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

8.1. ข้อมูลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

8.2. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 08 1396 8292

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปุณญิกา ช่วยเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 06 2654 5519

KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของ อสม.แกนนำที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชนตามเกณฑ์

2. เกณฑ์ : เป้าหมายระดับเขตสุขภาพ ร้อยละ 98

จังหวัดตรัง กำหนดเป้าหมายที่ 5 คะแนน ≥ ร้อยละ 98

3.หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย : อสม.จะถือว่าผ่านเกณฑ์ศักยภาพ ต้องมีครบ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 บทบาทพื้นฐาน (ต้องครบทั้ง 2 ข้อ)

1. คัดกรอง NCD ครอบคลุม ≥80% ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ
2. มีบันทึกการติดตามปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 บทบาทเพิ่มพลัง (เลือกอย่างน้อย 1 ข้อ)

1. จัดกิจกรรมชุมชนด้าน NCD อย่างน้อย 1 ครั้ง/ไตรมาส
2. ร่วมเยี่ยมบ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. สร้างแกนนำสุขภาพในครอบครัว

ผ่านทั้ง 2 ส่วน = ผ่านเกณฑ์

5. สูตรการคำนวณ :

(A/B) x 100

A = จำนวน อสม.ที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน

B = จำนวน อสม. ตามโควตา อสม.เชิงรุก ปี พ.ศ.2569

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละ 80
2	ร้อยละ 85
3	ร้อยละ 90
4	ร้อยละ 95
5	ร้อยละ 100

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละของ อสม.แกนนำที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชนตามเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	-

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : บันทึกผ่านแอปสมาร์ท อสม. และดูรายงานจากระบบ 3 หมอ

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 08 1396 8292

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ว่าที่พันตรีวีระศักดิ์ เดชอรัญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 086 9699694

KPI Template เชิงคุณภาพ (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความเข้มแข็งของกลไกปฐมภูมิในการจัดการ NCDs ระดับชุมชน ผ่านบทบาท อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข และศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน

2. เกณฑ์ : ทุกอำเภอต้องมีพื้นที่ต้นแบบอย่างน้อย 1 แห่ง และผ่านระดับ 3 ขึ้นไป

3.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ (ระดับ 1–5)

4. คำอธิบาย :

วัดระดับความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิระดับหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรอง การติดตามกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย การเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการ การดำเนินมาตรการชุมชน และการควบคุมผลลัพธ์สุขภาพ โดยมี อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก และศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้านเป็นฐานปฏิบัติการ

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : ผลงานตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 30 สิงหาคม 2569 ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1 การเตรียมความพร้อม (Plan)	- กำหนดพื้นที่เป้าหมาย - แต่งตั้งคณะกรรมการ/ทีม อสม.ผู้ช่วยสาธารณสุข - มีแผนดำเนินงาน NCDs ระดับหมู่บ้าน	เอกสารแผน/คำสั่งแต่งตั้ง	1
2 การดำเนินงานพื้นฐาน (Do)	- มีการคัดกรอง NCDs ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป - มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) อย่างต่อเนื่อง - ศูนย์ NCDs มีการเปิดให้บริการตามแผน	ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย	2
3 ระบบติดตามและเชื่อมโยง (Check)	- มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้าน - เชื่อมโยงข้อมูลกับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ - มีรายงานผล	รายงานผลการดำเนินงาน	3
4 การควบคุมผลลัพธ์ (Outcome)	- มีหลักฐานเชิงผลลัพธ์ เช่น กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่โปรแกรมปรับพฤติกรรม ≥70% และมีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน - มีมาตรการชุมชนลดหวาน ลดเค็ม ลดอ้วน	หลักฐานเชิงประจักษ์ (ภาพกิจกรรม/รายงาน / ผลลัพธ์สุขภาพ)	4

	- มีการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน		
5 ความยั่งยืนและการขยายผล (Act & Sustainability)	- มีการถอดบทเรียนและพัฒนานวัตกรรม - บูรณาการเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล/แผน อปท. - เป็นพื้นที่ต้นแบบ/ขยายผลไปพื้นที่อื่น	รายงานการถอดบทเรียน	5

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ระดับความเข้มแข็งของกลไกปฐมภูมิในการจัดการ NCDs ระดับชุมชน ผ่านบทบาท อสม. ผู้ช่วยสาธารณสุข และศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน	ระดับ (1–5)	-	-	-

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน / รายงานของ รพ.สต. / รายงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

9. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอรุณี ธัญธนวิทยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 08 1396 8292

10. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ว่าที่พันตรีวีระศักดิ์ เดชอรัญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ.ตรัง หมายเลขโทรศัพท์ 086 9699694