รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
คำรับรองการปฏิบัติราชการโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
ประจำปีงบประมาณ 2569

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
18 มีนาคม 2569

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	หน้า
1	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดตรังผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	3
2	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย	5
3	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	8
4	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	10
5	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	13
6	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	16
7	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	18
8	ระดับความสำเร็จของการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด	21
9	อัตราการให้บริการทางทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ต่อทันตบุคลากร	23
10	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ระดับ 7	25
11	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับ B ขึ้นไป	28
12	ระดับความสำเร็จของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล	31
13	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2569	33
14	ร้อยละของหน่วยงานได้รับการประเมินการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	34
15	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	36
16	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	38
17	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	40
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	42
รวม 18 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 : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

2. เกณฑ์ : โรงพยาบาล

3.หน่วยวัด : จำนวน

4. คำอธิบาย : : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. และรพช. ในจังหวัดตรัง จำนวน 10 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 (คะแนนของแต่ละหมวดร้อยละ 90 ขึ้นไป) ตามรายละเอียดรายหมวดและเกณฑ์รายข้อ ดังนี้</td></tr>
<tr><td><u>หมวด1</u>
CLEAN
สร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วน ร่วมของคนในองค์กร</td></tr>
<tr><td rowspan="3"><u>หมวด2</u>
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>
<tr><td rowspan="2"><u>หมวด 3</u>
R: Restroom
การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล</td><td>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td></tr>
<tr><td>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง</td></tr>
</table>

<u>หมวด 4</u> E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
<u>หมวด 5</u> E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical 23 activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
<u>หมวด6</u> 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)
<u>หมวด7</u> Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
<u>หมวด8</u> Network : การสร้างเครือข่ายพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

5. สูตรการคำนวณ :

-

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

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0	โรงพยาบาลการดำเนินงานโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม**ไม่ผ่าน** เกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย
5	โรงพยาบาลการดำเนินงานโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม**ผ่าน** เกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

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 : 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 : 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 (Milestone)

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของ คปสอ. สสอ. และ รพ.

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 และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของคปสอ. สสอ. และรพ. หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและการประเมินผลงานกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะๆ โดยมีการเปรียบเทียบค่าเป้าหมายเกณฑ์ กับผลการดำเนินงานของแต่ละตัวชี้วัด (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) ระดับต่างๆของคปสอ. สสอ. และ รพ.	- มีบัญชีรายชื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของคปสอ. สสอ. และ รพ. - มีการรวบรวมรายละเอียดของตัวชี้วัด(KPI Template) ระดับต่างๆ	1
2	มีการประชุมชี้แจงแนวทาง การติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดระดับต่างๆของคปสอ. สสอ. และ รพ.	- มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทาง การติดตามกำกับและประเมินผลแก่ผู้รับผิดชอบงานของคปสอ. สสอ. และ รพ.	2
3	มีการพัฒนาเครื่องมือหรือระบบเพื่อติดตามกำกับ และประเมินผลการ	- การเครื่องมือหรือระบบเพื่อติดตามกำกับ และ	3

	ดำเนินงานของตัวชี้วัดอย่างน้อย 1 ระบบ ของคปสอ. สสอ. และ รพ.	ประเมินผลการดำเนินงาน ของตัวชี้วัดอย่างน้อย 1 ระบบ	
4	มีการสรุปและนำเสนอผลการดำเนินงาน ของตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน ให้ผู้บริหาร และหน่วยงานในสังกัดทราบ ของคปสอ. สสอ. และ รพ.	- ไฟล์นำเสนอสรุปผลงาน ของคปสอ. สสอ. และ รพ.	4
5	มีรายงานสรุปผลและนำเสนอสรุปผลการ ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดแก่ผู้บริหาร และหน่วยงานในสังกัดทราบของคปสอ. สสอ. และ รพ.	- รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด ของคปสอ. สสอ. และ รพ.	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.รายงานสรุปผลและไฟล์นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดของ ของคปสอ. สสอ. และ รพ.

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 : 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. รายละเอียด/...

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

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

แบบฟอร์ม KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล

2. เกณฑ์ : ระดับ 5

3. หน่วยวัด : ระดับ

4. คำอธิบาย : 1. หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง

2. หน่วยบริการมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง มีการเฝ้าระวังการเงินการคลังอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพ มีแผนการบริหารจัดการสามารถลดต้นทุนหน่วยบริการได้และไม่อยู่ในภาวะเสี่ยง

5. สูตรการคำนวณ : -

6. เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลงาน : กำหนดเป็นคะแนนตามระดับขั้นของความสำเร็จ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอน

การดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่	รายละเอียดของกิจกรรม
1	มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ (CFO) และมีการประชุมวิเคราะห์สถานะทางการเงิน พร้อมส่งรายงานการประชุมให้จังหวัดทุกเดือน
2	มีแผนทางการเงิน Planfin (ความเสี่ยงเป็นทางการเงินแผน 1,2,3 และ 5 เท่านั้น
3	มีภาวะวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ไม่เกินระดับ 5 และมีระดับคะแนนประสิทธิภาพทางการเงิน Total Performancee Score (TPS) ระดับ D ขึ้นไป
4	มีภาวะวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ไม่เกินระดับ 4 และมีระดับคะแนนประสิทธิภาพทางการเงิน Total Performancee Score (TPS) ระดับ C ขึ้นไป
5	มีภาวะวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ไม่เกินระดับ 3 และมีระดับคะแนนประสิทธิภาพทางการเงิน Total Performancee Score (TPS) ระดับ B ขึ้นไป

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน

ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	/				
2	/	/			
3	/	/	/		
4	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละคะแนนของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	ร้อยละ	n/a	n/a	n/a

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง :

1) รายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลทุกแห่ง
2) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ CFO หน่วยบริการ
3) รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ
4) แผนประมาณการรายรับ รายจ่ายของหน่วยบริการ (Planfin)
5) เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน **Total Performancee Score (TPS)**
6) เครื่องมือประเมินวิกฤติทางการเงิน Risk Score

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

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางมัลลิกา ชินนาพันธ์ ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการรักษาการในตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป หมายเลขโทรศัพท์ 084-6292063

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 : 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

แบบฟอร์ม KPI Template เชิงปริมาณ

1. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เกณฑ์ : ร้อยละ 100

3. หน่วยวัด : ร้อยละ

4. คำอธิบาย :

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

1. รายจ่ายประจำ (งบดำเนินงาน งบเงินอุดหนุน และงบรายจ่ายอื่น)
2. รายจ่ายลงทุน (ถ้ามี)

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 และงบรายจ่ายอื่น ที่หน่วยงานได้รับจัดสรร
   3) **รายจ่ายลงทุน (ถ้ามี)** 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			

8. แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูลอ้างอิง : ข้อมูลการใช้จ่ายเงินงบประมาณจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ (New GFMIS Thai)

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

10. ผู้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูล : นางมัลลิกา ชินนาพันธ์ ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการรักษาการในตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ
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

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

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

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

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