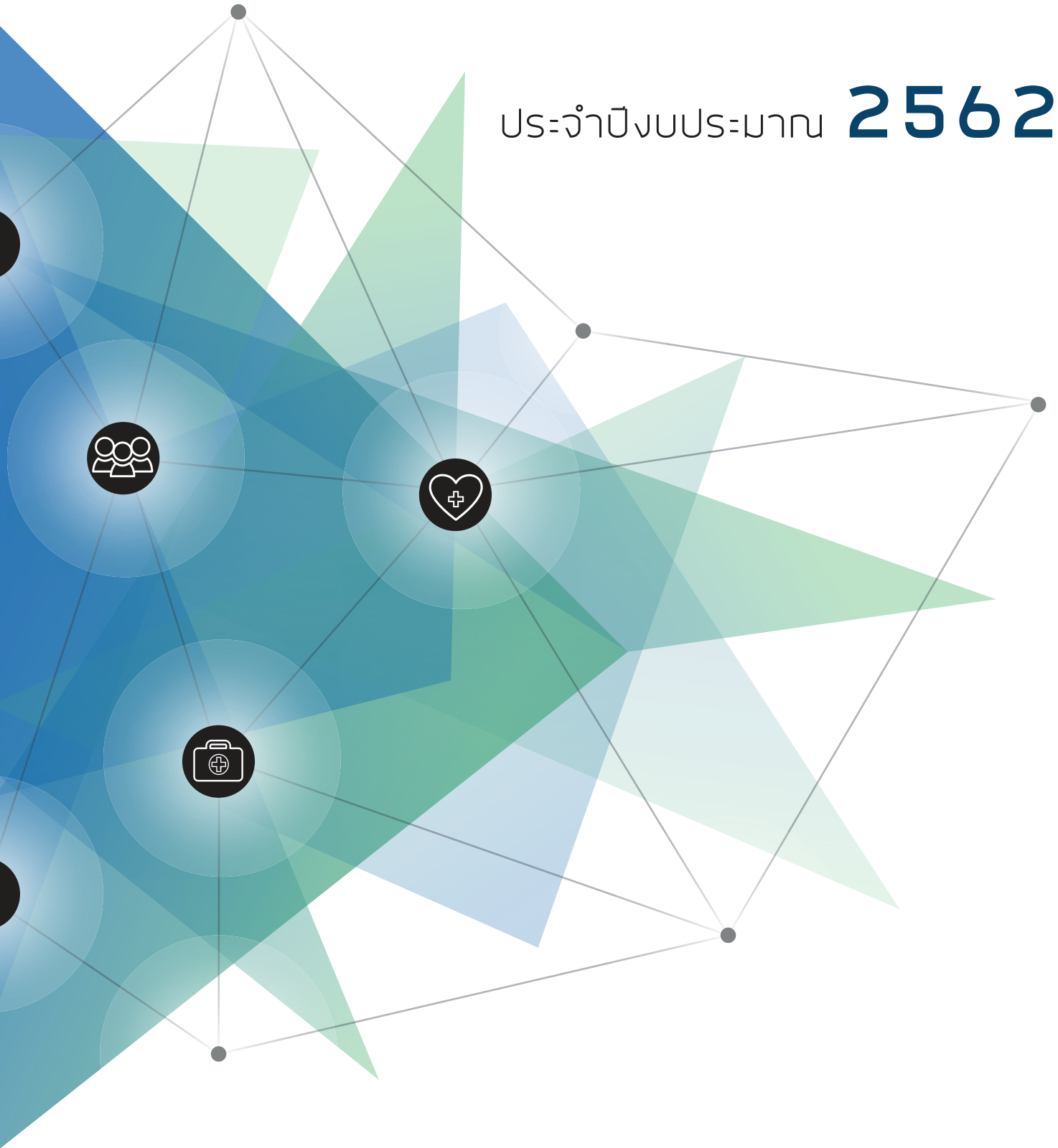




รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ **2562**



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด รวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 โดยแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1.ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2.ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ(Service Excellence) 3.ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4.แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่าง ๆ จึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 40 โครงการ และ 55 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

พศุภกิจายน 2561

สารบัญ

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด	ข
1	อัตราการส่วนการตายมารดา	1
2	ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	11
4	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	15
5	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	18
6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	23
7	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	28
8	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	34
9	ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	42
10	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	48
11	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	52
12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	88
13	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	93
14	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	96
15	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	99
16	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	108

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	118
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	122
19	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	126
20	อัตราการตายทารกแรกเกิด	129
21	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	132
22	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	138
23	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	142
24	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	146
25	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	149
26	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	159
27	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	164
28	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	167
29	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	169
30	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	174
31	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	177
32	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	179
33	ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	182
34	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	185

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
35	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	188
36	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	193
37	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1	200
38	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	208
39	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	211
40	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	220
41	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	225
42	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	232
43	จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	241
44	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	253
45	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	259
46	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	265
47	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา	271
48	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	274
49	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	276
50	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	282
51	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	286
52	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	288

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
53	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	292
54	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	303
55	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้	309
	รายการแก้ไขตัวชี้วัด	310

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA ปลัด	ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค					
									Hard copy	Evalu ation	Surve y	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
												HDC	other				HDC	other
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																		
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																		
(3 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																		
1	1. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและ เด็กปฐมวัย	1	*1) อัตราส่วนการตายมารดา	กรมอนามัย	1	ประเทศ	จังหวัด	กรมอนามัย	/									
		2	*2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบ สงสัยล่าช้า 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตาม 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I	กรมอนามัย	2	จังหวัด	จังหวัด	HDC							/			
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	HDC								/		
2	2. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น	4	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 4.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	กรม สุขภาพจิต		ประเทศ	จังหวัด	กรม สุขภาพจิต	/		/							
		5	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	HDC							/			

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
		6	3) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย		ประเทศ	จังหวัด	HDC				/	/				
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	7	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด						/			
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
4	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	8	*1) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	สปค./กบ รส./สสว.	3	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด						/			
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
5	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	9	1 ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้อสถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด						/			
6	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	10	1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 10.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 10.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	กรมควบคุมโรค		จังหวัด	จังหวัด	HDC								/	

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
7	3. โครงการ คุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและ บริการสุขภาพ	11	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 11.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด(ผักและผลไม้สด) 11.2 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด(นมโรงเรียน) 11.3 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด(ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหาร กลุ่มเป้าหมาย) 11.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (เครื่องสำอางค์) 11.5 ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบการ ปลอมปนสเตียรอยด์	อย.		ประเทศ	จังหวัด	อย.	/								
<p>แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>																	
8	1.โครงการ บริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม	12	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 12.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป 12.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น 12.3 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 12.4 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	กรมอนามัย/ กรมควบคุม โรค	4	ประเทศ	จังหวัด	กรมอนามัย	/								

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																	
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
9	1. โครงการ พัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ	13	*1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สปค.	5	ประเทศ	เขต	สปค.					/				
10	2. โครงการ พัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้าน สุขภาพ	14	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	สบส.		ประเทศ	จังหวัด	สบส.					/				
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 22 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
11	1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	15	*1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวชี้วัดย่อย 15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) การ รักษาใน Stroke Unit 15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่ เหมาะสม 15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัด สมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	กรมการ แพทย์	6	ประเทศ	จังหวัด	HDC				/					

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
12	2. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ	16	*1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	คร	7	ประเทศ	จังหวัด	คร				/					
13	3. โครงการ ป้องกันและ ควบคุมการดื้อยา ต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	17	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 17.1 RDU ชั้นที่ 1 17.2 RDU ชั้นที่ 2	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	8	ประเทศ	จังหวัด	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	/								
		18	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR)	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	9	ประเทศ	จังหวัด	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	/								
14	4. โครงการ พัฒนาศูนย์ความ เป็นเลิศทาง การแพทย์	19	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	กบรส.		เขต	จังหวัด	HDC								/	
15	5. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	20	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	HDC				/					

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
16	6. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	21	1) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	กรมการแพทย์		เขต	เขต	เขต						/			
17	7. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	22	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		จังหวัด	จังหวัด	HDC							/		
18	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	23	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต		ประเทศ	จังหวัด	กรมสุขภาพจิต				/					
		24	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต		ประเทศ	จังหวัด	กรมสุขภาพจิต				/	/				
19	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก	25	*1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	กรมการแพทย์	10	ประเทศ	จังหวัด	HDC				/					
		26	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	กรมการแพทย์		ประเทศ	เขต	เขต				/					

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
20	10. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	27	1) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	กรมการแพทย์		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	/								
		28	2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กยผ.				/					
21	11. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	29	1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 29.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 29.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 29.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	กรมการแพทย์		ประเทศ	เขต	กรมการแพทย์				/					
22	12. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	30	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	กรมการแพทย์		จังหวัด	จังหวัด	HDC									/
23	13. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	31	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการแพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กรมการแพทย์				/					

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
24	14. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่าย อวัยวะ	32	1) อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์	/								
25	15. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ บำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด	33	*1) ร้อยละของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	กรมการ แพทย์	11	ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์				/					
		34	*1) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	กรมการ แพทย์	12	ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์				/					
26	16. โครงการการ บริหารฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง (Intermediate care; IMC)	35	1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการ ฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) <u>ตัวชี้วัดรอง</u> 35.1 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การ บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) 35.2 ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการ ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	กรมการ แพทย์		จังหวัด	จังหวัด	กรมการ แพทย์		/							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค					
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic		
27	17. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ one day surgery	36	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการ แพทย์		ประเทศ	เขต	กรมการ แพทย์				/						
<p>แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>																		
28	1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่ง ต่อ	37	*1) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 37.1 อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 37.2 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที 37.3 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 37.4 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis 37.5 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) 37.6 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ 37.7 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	กรมการ แพทย์	13	เขต	เขต	HDC									/	

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
		38	2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สพฉ.		จังหวัด	จังหวัด	สพฉ.				/					
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ																	
29	2. โครงการ คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	39	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรมอนามัย/ กรมควบคุม โรค		ประเทศ	จังหวัด	จังหวัด					/				
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
30	1. โครงการ พัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและ การแพทย์	40	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก		เขต	จังหวัด	เขต						/			

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																	
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
31	1.โครงการผลิต และพัฒนา กำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ	41	1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการ ผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สขช.		เขต	เขต	เขต					/				
32	2.โครงการ Happy MOPH กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงแห่ง ความสุข	42	*1) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	บค.	14	ประเทศ	เขต	บค.					/				
		43	*2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	กยผ.	15	ประเทศ	จังหวัด	กยผ.					/				
4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																	
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
33	1.โครงการ ประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส	44	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA	ศปท.		ประเทศ	จังหวัด	ศปท.		/							
34	2.โครงการ พัฒนาองค์กร คุณภาพ	45	1) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	กพร.	16	ประเทศ	ส่วนกลาง/ จังหวัด	กพร.		/							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
		46	*2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	กบรส.	17	ประเทศ	เขต	กบรส.				/					
		47	*3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ดิตดาว	สปค.	18	ประเทศ	เขต	สปค.				/					
<p>แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</p>																	
35	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	48	1) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	กยผ.		ประเทศ	จังหวัด	กยผ.	/								
36	2. โครงการ Smart Hospital	49	*1) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 49.1: เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (รพศ./รพท) 49.2: เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (รพช) 49.3: เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ)	ศทส.	19	ประเทศ	เขต/จังหวัด	ศทส.	/								
		50	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	ศทส.	20	ประเทศ	เขต	ศทส.	/								

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
37	1. โครงการลด ความเหลื่อมล้ำ ของ 3 กองทุน	51	1) ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้ บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	สปสข.		ประเทศ	ประเทศ	สปสข.			/						
		52	2) ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของ ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	กศภ.		ประเทศ	ประเทศ		/								
38	2. โครงการ บริหารจัดการ ด้านการเงินการ คลัง	53	*1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กศภ.	21	ประเทศ	เขต	กศภ.	/								
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
39	1. โครงการ พัฒนางานวิจัย / นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยี ทางการแพทย์	54	1) จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอด	กรมการ แพทย์/ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์		ประเทศ	ประเทศ	กรมวิเทศ ศาสตร์ การแพทย์	/				/				

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Eval	Surve	electronic	Hard	Eval	Sur	electronic	
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
40	1. โครงการปรับ โครงสร้างและ พัฒนากฎหมาย ด้านสุขภาพ	55	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 55.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ 55.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่ กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ	กองกฎหมาย		ประเทศ	ประเทศ/ จังหวัด	กองกฎหมาย	/								

15 แผนงาน 40 โครงการ 55 ตัวชี้วัด

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดา								
คำนิยาม	<p>- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>- การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> <th>ปีงบประมาณ 2563</th> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564							
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (ภ1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน 								

แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4						
เกณฑ์การประเมิน :							
ปี 2562:							
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ปี 2563:							
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ปี 2564:							
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
	-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย						
เอกสารสนับสนุน	- แบบรายงานการตายมารดา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559	2560	
	อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com						

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ โทรศัพท 0 2590 4438 โทรศัพทมือถือ 08 6546 5561 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
ชื่อตัวชี้วัด proxy :	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า - ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม - ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260) - เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

หมายเหตุ : เป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินใน ปี 2562
แต่นำมาแสดงให้เห็นว่ายังมีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที(1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)																
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2																
รายการข้อมูลที่ 6	F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฟียร์ริงและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)																
รายการข้อมูลที่ 7	G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า																
รายการข้อมูลที่ 8	H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $= \frac{B}{A} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า $= \frac{C+D}{B} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม $= \frac{E}{C} \times 100$ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I $= \frac{H}{G} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $= \frac{F}{B} \times 100$ 																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม)																
<p>เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้</p> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20														

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1. พัฒนากลไก และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM

และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.1 พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก โดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า

1.3 พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง

1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์กรความรู้และแนวทางปฏิบัติ

เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น

1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐาน
อนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่

2.2 ตรวจสอบและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม
การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว

3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการ
กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ฝ้าระวังพัฒนาการ

3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการ
และพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

Small Success :

3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
<p>1. บุคลากรสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง</p> <p>2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือ ดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>3. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p>	<p>1. บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น</p> <p>2. ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการคัดกรอง กระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี</p> <p>4. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p>	<p>1. รณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>2. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>2. ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560</p> <p>3. อัตราการกินนมแม่ของทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน</p> <p>4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p>	<p>1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</p> <p>1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า</p> <p>1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)</p> <p>การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน</p>		

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวิดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือ TEDA4I 6. คู่มือมีสนมแม่ 7. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 8. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2559	2560	2561
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (HDC 2561)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	80.5	81.4
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (HDC 2561)	16.0	ร้อยละ	12.0	16.0	16.4
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (HDC 2561)	73.3	ร้อยละ	57.0	73.3	77.9
4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (HDC 2561)	38.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	34.2	38.5
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (HDC 2561)	95.8	ร้อยละ	90.6	95.8	95.5

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการพบว่า

1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9)
 2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0
- ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ : 02 – 588 3088 ต่อ 3124 E-mail : teerboon@hotmail.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อรภา สุขทัฬหี นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com
--	---

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต 4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรสาร : 02-6402034 2. นางประภาภรณ์ จังพานิช พิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4433 โทรสาร : 02 590 4427 3. นางกิติมา พัวพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4405 โทรสาร : -	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : paporn11@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: - E-mail : puapat@yahoo.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็มถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</p> <p>มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

	3. มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงาน ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในบริการเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	57	60	63
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี			
	- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	113
	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			112
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน			
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด			
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด			
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$			
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (งวดที่ 1 เดือนตุลาคม งวดที่ 2 เดือนมกราคม งวดที่ 3 เดือนเมษายน งวดที่ 4 เดือนกรกฎาคม)			

เกณฑ์การประเมิน :**ปี 2562 :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 51	ร้อยละ 53	ร้อยละ 55	ร้อยละ 57

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63

วิธีการประเมินผล :

1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)
3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
7. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	47.4	49.5	50.7
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109	เซนติเมตร	109.6	110	109.4
	หญิง = 108.6	เซนติเมตร	108.9	109.4	108.7

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2558

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางณัฐวรรณ เชาวน์ลิลิตกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>รท.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nutwan65@gmail.com</p> <p>ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางสาววารภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางสาววารภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p> <p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100								
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย 1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วัดผลปี 64</td> <td>วัดผลปี 64</td> <td>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100							
เกณฑ์เป้าหมายย่อย 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย 1 เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ								

	<p>เป้าหมายย่อย 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า คือ เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีความล่าช้า</p>																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เป้าหมาย 1 ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1ทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 ปี 2562 – 2565 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) (ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ)</p>																
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย 1 ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ</p>																
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ																
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I																
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 = (A/B)</p> <p>2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I = (C/D) x 100</p>																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td>1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width: 25%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td>1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 65
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 65														

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	1.ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - บทความพื้ฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	1.ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	98.23	-	-
	1.1ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ	80.05 (ใช้ข้อมูลการรายงานจากพื้นที่)	78.93 (ใช้ข้อมูลการรายงานจากพื้นที่)	34.41 (15 ส.ค.61)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพพ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ7039 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพพ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail :janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	68	69	69
2.ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-	
-เด็กชาย (เซนติเมตร)			154
-เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนที่เรียนในเขตรับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ)
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$ 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$ 5. ความครอบคลุม = $(B1/B2) \times 100$ 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A5 / B3)$ 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A6 / B4)$
สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการโดยภาพรวม	
ระยะเวลารายงาน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	68		68

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	69		69

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	69		69

หมายเหตุ

ค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน

เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายปี 2562
เขต 1 เชียงใหม่	65
เขต 2 พิษณุโลก	66
เขต 3 นครสวรรค์	66
เขต 4 สระบุรี	70
เขต 5 ราชบุรี	66
เขต 6 ชลบุรี	68
เขต 7 ขอนแก่น	71
เขต 8 อุดรธานี	69
เขต 9 นครราชสีมา	74
เขต 10 อุบลราชธานี	69
เขต 11 นครศรีธรรมราช	66
เขต 12 ยะลา	65
ภาพรวมประเทศ	68

วิธีการประเมินผล :

- 1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
 - 1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน
 - 1.2 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กวัยเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และดำเนินการตามแผน
 - 1.3 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)
 - รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง ในวันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก

	<ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการอย่างน้อย จังหวัดละ 3-5 โรงเรียน - พัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher ระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงตี สม ส่วนและจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) - จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก นม ไข่ ที่เป็นรูปธรรม - ผลักดันให้มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการ สาธารณสุข ให้ครอบคลุมทุกระดับ <p>1.4 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะ โภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้ความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์สูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์สูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.5 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ - จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจิตรเนื่องในวันเด็กแห่งชาติและวันดีมีนมโลก - รายงานจำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ จากสถานศึกษาสู่สถาน บริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่า เป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html PDF :http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf 2. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สูงตีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย 3. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการ สาธารณสุขและคลินิก DPAC 4. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)

	5. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 6. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 7. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 8. หนังสือเมนูผักกึ๊กน้อย 4 ภาค				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	63.2	65.2	65.5
	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.6	5.0	4.7
	เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	11.1	11.1	11.8
	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.9	5.1	5.7
	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2564	เซนติเมตร	-	-	ชาย = 148.6 หญิง = 149.9
หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th 2. นางสาวพรวิภา ดาหวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 02-5904336				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจรรย์รัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 2. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตต์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		
ค่านิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน		
เกณฑ์เป้าหมาย (อัตราต่อพัน)			
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	38	36	34
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย		
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000		
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	AXB		

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
38	38	38	38

Small success

ส่วนกลาง			
<p>1. มีการประชุม คณะอนุกรรมการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p> <p>2. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p> <p>3. มีการจัดทำแผนการ ส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น</p>	<p>1. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569</p> <p>2. มีการติดตามการ ดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร</p> <p>3. สนับสนุนการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ เขตสุขภาพ ผ่านกลไก คณะกรรมการระดับชาติ</p>	<p>1. กฎกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้อ.พ.ร.บ. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้</p> <p>2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริม ความรู้และทักษะชีวิตให้แก่ วัยรุ่นและเยาวชน</p> <p>3. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>1. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p> <p>2. มีการรายงานผลการ ดำเนินงานขับเคลื่อนการ ป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>3. มีผลการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนการ ส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>4. อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</p>

เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)

<p>1. คณะอนุกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานครมีการ ประชุมหรือมีการกำหนด แผนการประชุม ประจำปี 2562</p>	<p>1. ประสานงานและสนับสนุน การจัดประชุมอนุกรรมการ การป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ ติดตามความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของอนุกรรมการฯ</p> <p>2. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงานป้องกัน</p>	<p>1. มีการเยี่ยมประเมินและ รับรองโรงพยาบาลตาม มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณา การและอำเภออนามัยการ เจริญพันธุ์</p> <p>2. มีการขยายบริการ คุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลัง</p>	<p>1. มีการจัดประชุม คณะอนุกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ จังหวัดจำนวน 2 ครั้ง</p> <p>2. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนการ ป้องกันและแก้ไขปัญห</p>
---	--	---	---

<p>2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด</p> <p>3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p> <p>4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต</p> <p>3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ. มีการสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น</p> <p>4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>คลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3. มีการขยาย อปท. ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด</p>	<p>การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p> <p>4. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย</p>
อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.			
<p>1. คณะกรรมการพัฒนานาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>3. มีแผนการจัดหาเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p>	<p>1. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง</p> <p>2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p>

วัยรุ่นอย่างเพียงพอ พร้อม สำหรับให้บริการ			
--	--	--	--

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
36	36	36	36

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
34	34	34	34

รอบระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราตลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)</p> <p>รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562-กรกฎาคม 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราตลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)</p>
----------------------	--

มาตรการสำคัญ	<p>มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล ให้บรรลุผล : PIRAB (P=Partnership, I=Investment, R=Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p> <p>P=Partnership /R=Regulation:</p> <ol style="list-style-type: none"> เร่งรัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการระดับชาติ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม เร่งรัดการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด <p>Building capacity:</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติงานบริการวัยรุ่นระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ <p>Investment:</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในด้านการได้รับบริการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัวหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดพร้อมสำหรับการให้บริการ
--------------	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์								
คำนิยาม	<p>มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน ”</p>								

	2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง รายงานตามระบบเข้าส่วนกลางตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง/ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้ง	1) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการอบรมเพิ่มพูนทักษะ การปฏิบัติงานของ Care Manager/ Caregiver 2) พัฒนาแนวทางการประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุ 3) มีช่องทางการสื่อสารระบบข้อมูล Long Term Care ผ่านระบบ Digital On line 4) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลผ่าน	1) มีแนวทางขับเคลื่อน การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2) มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ด้วยนวัตกรรม Application และ Digital	1) มีนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 13 เรื่อง 2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน 3) มีบัญชี/ทะเบียน นวัตกรรม 4) มีรายงานผลการดำเนินงาน Long Term Care ประจำเดือน/รายไตรมาสและรายปี ตามระบบโปรแกรมการรายงาน

ส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/ จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบการ จัดทำรายงานข้อมูล ส่งเสริมสุขภาพและการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	ระบบ Care Plan ออนไลน์ 5.มีระบบโปรแกรมการ ขึ้นทะเบียน ของ Care Manager/ Caregiver ออนไลน์		ผลการดำเนินงานในระดับ สจจ./ศูนย์อนามัย
--	--	--	---

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบบองค์รวมและชี้แจง ประสานหน่วยงานภาคี เครือข่าย เพื่อวางแผนการ ดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายใน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุก ระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขต สุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบ โปรแกรมการรายงาน ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ	1) พัฒนาคู่มือแนว ทางการให้บริการ/ มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน 2) พัฒนาคู่มือ/แนวทาง การการอบรมเพิ่มพูน ทักษะCare Manager/ Caregiver 3) พัฒนาคู่มือ/แนว ทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community	1) มีแนวทางการ ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญู ดูแลพ่อแม่ : Day Care” 2) มีคู่มือ /แนวทางการ พัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน มาตรฐานหลักสูตรและ มาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการ ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map	1) มีนวัตกรรมส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว อย่างน้อย 26 เรื่อง 2) มีบัญชี/ทะเบียน นวัตกรรม ที่เป็นปัจจุบัน 3)มีคู่มือ /แนวทางการ ติดตาม ควบคุม กำกับ คุณภาพหลักสูตรและ ผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยาย ผลการดำเนินงานในระดับ นานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/ วิเคราะห์ประมวลผลการ ดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อผู้บริหาร

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด</p> <p>3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์</p> <p>2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (13 แห่ง)</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.</p> <p>3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 1 เรื่อง/เขตสุขภาพ</p> <p>2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม.</p> <p>4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ</p> <p>5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร</p>

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคี</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์</p> <p>2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรม</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง (26 แห่ง)</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 2 เรื่อง/เขตสุขภาพ</p>

<p>เครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด</p> <p>3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>	<p>เพิ่มพูนทักษะ Care manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีการพัฒนาคู่มือ /แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>มาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม.</p> <p>3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรมผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม.</p> <p>4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ</p> <p>5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร</p>			
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6 , 9 และ 12 เดือน 					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager 4. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชม. และ 420 ชม. กระทรวงสาธารณสุข 5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี” 					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>			
		<p>2558 2559 2560 2561</p>				
<p>ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>27</p> <p>ทุกตำบลทั่วประเทศ</p> <p>1,958 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล)</p>	<p>74.5</p> <p>(หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่อง</p> <p>โครงการ LTC</p> <p>1,067 ตำบล)</p>	<p>81.2</p> <p>(หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่เข้าร่วม</p> <p>โครงการ LTC</p> <p>4,469 ตำบล)</p>	<p>71.7</p> <p>ทุกตำบลทั่วประเทศ (จาก 7,255 ตำบล)</p>

	Term Care) ใน ชุมชน ผ่าน เกณฑ์		ทั่วประเทศ) ประเมิน 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบ ข้อที่ 1-6)	794 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ	3,628 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ	ทั่วประเทศ) ประเมิน 7 องค์ประกอบ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 0 2590 4503 E-mail: kitti.l@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 0 2590 4509 โทรศัพท์มือถือ 09 7241 9729 E-mail: vimol.b@anamai.mail.go.th</p>					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นางรัชณี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396 โทรสาร : - E-mail: rachanee.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางอรวรรณ อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4500 โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 3563 โทรสาร : - E-mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ								
โครงการ	1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	8.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ								
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80							
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								

เกณฑ์ประเมิน

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
<p>มีการประชุม คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น</p>	<p>-มีคณะทำงาน วางแผน กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่ กำหนด</p> <p>-มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60</p>						
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ 60</p>								
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p>								
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2559	2560	2561			
2559	2560	2561							
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรสาร :02 590 1239</p> <p>ที่ปรึกษาระดับกระทรวง</p> <p>นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0819230536</p> <p>E-mail : yyt2508@gmail.com</p>								

	<p>2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรสาร :02 590 1239</p> <p>3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761</p> <p>โทรสาร : 0 2590 1802</p> <p>4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรสาร : 02 590 1239</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0819230536</p> <p>E-mail : swiriya04@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030</p> <p>E-mail : ttunakh@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐม ภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0819230536</p> <p>E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับ ส่วนกลาง)	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางจารุณี จันทรเพชร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939</p> <p>โทรสาร : 025901938</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743</p> <p>โทรสาร : 025901641</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางสมสินี เกษมศิลป์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630</p> <p>โทรสาร : 025901641</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>4. นางเอื้อมพร จันทรทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5901238</p> <p>โทรสาร : 02 590 1239</p> <p>สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0817333082</p> <p>E-mail : jchanohet@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0898296454</p> <p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0817472052</p> <p>E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0811316800</p> <p>E-mail : auam2702@gmail.com</p>

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

1. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาควิชาส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต., ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาควิชาส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่าง น้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่มครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย <u>ร่วมรับรู้ ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ ในงานที่</u> <u>หลากหลายและ</u> <u>ขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้านสุขภาพ</u> <u>อย่างเป็นระบบกับ</u> <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> <u>และมีการขยายวงได้</u> <u>ค่อนข้างครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ และมีการ</u> <u>ทบทวน เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> <u>มีส่วนร่วมให้</u> <u>เหมาะสมมากขึ้น</u>	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่าง</u> <u>ครบวงจร รวมทั้ง</u> <u>การประเมินผล จน</u> <u>ร่วมเป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการ <u>ดูแล พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ</u> ของบุคลากร	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความ <u>พึงพอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> <u>หน่วยงาน หรือในแต่ละ</u> <u>ระดับ</u>	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความ <u>พึงพอใจ</u> และ <u>ความผูกพัน</u> (engagement) ของ <u>บุคลากรให้สอดคล้อง</u> <u>กับภารกิจที่จำเป็นอย่าง</u> <u>เป็นระบบ</u>	เครือข่ายสุขภาพมี การเรียนรู้ <u>ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความผูกพันของ</u> <u>บุคลากรให้</u> <u>สอดคล้องกับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> <u>บุคลากรมีความสุข</u> <u>ภูมิใจ รับรู้คุณค่า</u> <u>และเกิดความผูกพัน</u> <u>ในงานของเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u>	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความ <u>กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน</u> <u>ในหน้าที่ และในงานที่ได้รับ</u> <u>มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น</u> <u>เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร</u>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	มีการ <u>ดำเนินการร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ใน บางประเด็น หรือ บางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร <u>ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม</u> ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ	มีการ <u>ทบทวนและปรับปรุงการจัดการ</u> ทรัพยากร และ <u>พัฒนาบุคลากร</u> ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย <u>ของเครือข่ายสุขภาพ</u> (ไม่มีกำแพง กั้น) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก <u>ชุมชน</u> ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ <u>จัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐาน</u> ที่ <u>จำเป็น</u> ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความ ต้องการของผู้รับ บริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี ปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตาม ความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ <u>ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับ ประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	<i>Essential Care</i> หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	9. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <p> ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ</p> <p> ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร</p> <p> ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น</p>

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

วิธีการประเมินผล :

ปี 2562 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 90) ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

- ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้
- ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้
- ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้
- ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้

ข้อมูลสนับสนุน

- ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)
- ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)
- ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)

ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	<p>ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด ทุกคน ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในปีงบประมาณ 2561 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ) หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน 	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชั่วโมง)
2	<p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> ตารางการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์

		<p>2. รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) ทุกสัปดาห์</p> <p>3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด</p> <p>หมายเหตุ : นับเป็นปีงบประมาณ</p>
3	<p>วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด พร้อมทั้งจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น</p>	<p>- รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอย่างน้อย 2 ฉบับ</p> <p>- รายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญ</p>
4	<p>จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)</p> <p>หมายเหตุ : หน่วยงานในระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด ถึงระดับอำเภอ)</p>	<p>ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)</p>
5	<p>นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ หรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)</p>	<p>1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>2. หรือ มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP</p>

			3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC			
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2562		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885 2. นางสุธิดา วรโชติธนนัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652 โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : suwor@yahoo.com 3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791 โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un_run@yahoo.com 4. น.ส.กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com 5. น.ส.ศินีนาถ กุลวางศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : nuy_phnu@hotmail.com 6. น.ส.ธันชชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : milkthanatcha@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวสุธิดา วรโชติธนนัน	นักวิชาการวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246	โทรศัพท์มือถือ : 085 246 9652
	โทรสาร : 02-588 3767	E-mail : suwor@yahoo.com
	3. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159	โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791
	โทรสาร : 02-588 3767	E-mail : un_run@yahoo.com
4. น.ส.กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3158	โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866	
โทรสาร : 02-590 3238	E-mail : k.kiratikarn@gmail.com	
5. น.ส.ศินีนาถ กุลาวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157	โทรศัพท์มือถือ : 081 165 3731	
โทรสาร : 02-590 3238	E-mail : nuy_phnu@hotmail.com	
6. น.ส.ธันชชา ไทยธนสาร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3157	โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550	
โทรสาร : 02-590 3238	E-mail : milkthanatcha@gmail.com	

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)														
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ														
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน														
ตัวชี้วัดย่อย	10.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 10.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน														
คำนิยาม	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับRPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ</p> <p>2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</td> <td>\leqร้อยละ 2.05</td> <td>\leqร้อยละ 1.95</td> <td>\leqร้อยละ 1.85</td> </tr> <tr> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td> <td>\geqร้อยละ 30</td> <td>\geqร้อยละ 40</td> <td>\geqร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	2562	2563	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	\leq ร้อยละ 2.05	\leq ร้อยละ 1.95	\leq ร้อยละ 1.85	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50
ตัวชี้วัด	2562	2563	2564												
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	\leq ร้อยละ 2.05	\leq ร้อยละ 1.95	\leq ร้อยละ 1.85												
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50												
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>2. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3</p> <p>2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3</p>														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A1/B1) \times 100$ 2.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(A2/B2) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายถึง : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	-	-	-	<ร้อยละ 2.05
อัตราประชากร Pre-DMในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 90
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30
หมายเหตุ : *คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ				
1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่				
2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม ² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)				
3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี				
** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ				
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC			

เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ			
			2558	2559	2560	2561
	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	1.80	1.89
	2. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	-	-	-	26.80
	ที่มา : 1.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 กันยายน 2561 2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com			
	2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com			
	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<u>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</u>					
	1.นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com			
	2. นางสาวรัฐัญญา ผกาผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com			
	3.นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688		นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com			
	4.นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688		นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rukmoei@hotmail.com			

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

อัตรากลุ่มสงฆ์ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มิ่ง | หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 | โทรศัพท์มือถือ : |
| โทรสาร : 02-5903964 | E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com |
| 2. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลพ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 | โทรศัพท์มือถือ : |
| โทรสาร : 02-5903964 | E-mail : alissara2559@gmail.com |
| 3. นางสาวอัสติน่า อุสนุน | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 | โทรศัพท์มือถือ : |
| โทรสาร : 02-5903986 | E-mail : isteena_143@hotmail.com |

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	11. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
ตัวชี้วัดย่อย	11.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย 11.2 ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผักและผลไม้สด, นมโรงเรียน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และเครื่องสำอางที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย และ - ยาแผนโบราณมีความปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์ <p>2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง</p> <p>2.1 <u>ผักและผลไม้สด</u></p> <p>2.1.1 ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดหรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2.1.2 สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์</p> <p>2.2 <u>นมโรงเรียน</u> หมายถึง ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งจำหน่ายภายใต้โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เท่านั้น</p> <p>2.3 <u>ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560 – 2561 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist) <p>2.4 <u>เครื่องสำอาง</u> หมายถึง วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู นวด โรย พ่น หยอด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์และให้หมายความรวมถึงการใช้กับฟันและ</p>

เยื่อในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทีนต่าง ๆ สำหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย

2.5 ยาแผนโบราณ

- ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย ที่อยู่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้

- 1) โรคเก๊า
- 2) โรคไขมัน
- 3) เบาหวาน
- 4) ความดัน
- 5) หอบหืด
- 6) ข้อเสื่อม
- 7) CKD

3. การตรวจสอบ หมายถึง การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงจากสถานที่เก็บตัวอย่างตามที่กำหนด เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงจากครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างมาทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย โดยไม่นับรวม เรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกฉินหรือวิเคราะห์ซ้ำ

หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจน

4. แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม

หมายเหตุ : รายละเอียดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ตามเอกสารแนบ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
80	80	80

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

วิธีการจัดเก็บข้อมูล รวบรวมจากผลการตรวจสอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส

แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
รายการข้อมูล 1	A_{1-4} = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ A_1 = ผักและผลไม้สด, A_2 = นมโรงเรียน, A_3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ A_4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีความปลอดภัย												
รายการข้อมูล 2	B_{1-4} = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ B_1 = ผักและผลไม้สด, B_2 = นมโรงเรียน, B_3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ B_4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด												
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนยาแผนโบราณที่ปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์ (ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่าย)												
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่นำมาตรวจ												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(A_1/B_1 \times 100) + (A_2/B_2 \times 100)] + [(C/D) \times 100] / 5$ หมายเหตุ : i คือ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ 1 - 4												
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน												
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด													
ปี 2562 - 2564 :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</td> </tr> <tr> <td>มีแผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ส่วนกลาง หมายถึง พื้นที่กทม. ใช้แผนจัดการความเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. สำหรับส่วนภูมิภาคให้จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ในส่วนภูมิภาค</td> <td>ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 50 จากเป้าหมาย</td> <td>ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 100 จากเป้าหมายรวม</td> <td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐาน ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง				มีแผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ส่วนกลาง หมายถึง พื้นที่กทม. ใช้แผนจัดการความเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. สำหรับส่วนภูมิภาคให้จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ในส่วนภูมิภาค	ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 50 จากเป้าหมาย	ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 100 จากเป้าหมายรวม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐาน ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง													
มีแผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ส่วนกลาง หมายถึง พื้นที่กทม. ใช้แผนจัดการความเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. สำหรับส่วนภูมิภาคให้จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ในส่วนภูมิภาค	ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 50 จากเป้าหมาย	ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 100 จากเป้าหมายรวม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐาน ร้อยละ 80										
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
เอกสารสนับสนุน :	-												

ประเด็น : ผักและผลไม้

<p>ตัวชี้วัดที่ 1 :</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</p>	<p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>1. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโน-ฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์</p> <p>3. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) หรือสถานที่จำหน่าย</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้</p> <p>1. กิจกรรมการตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>1.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่ได้รับการสำรวจตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยจัดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)</p> <p>1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามหลักเกณฑ์กำหนด วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ดังนี้</p> <p>1.2.1 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดผ่านเกณฑ์และได้รับการอนุญาตแล้ว ขอให้ สสจ. บันทึกข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1</p> <p>1.2.3 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดไม่ผ่านเกณฑ์ (อยู่ระหว่างการพัฒนาหรือขออนุญาต) ขอให้ สสจ.ดำเนินการ ดังนี้</p>

	<p>(1) ตรวจสอบประเมิณสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด โดยใช้แบบฟอร์ม ตส 13 (60)</p> <p>(2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>(3) บันทึกข้อมูลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1</p>
	<p>2. กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย</p> <p>2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วางแผนการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด โดยใช้ผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ปีงบประมาณ 2561 เป็นข้อมูล โดยมีเป้าหมายจังหวัดละ 7 ตัวอย่าง</p> <p>2.1.1 ขอให้ สสจ. นำข้อมูลผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สดปีงบประมาณ 2561 ที่พบ ตกมาตรฐาน มาเป็นเป้าหมายการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2562 โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่เก็บตัวอย่างเดิม</p> <p>2.1.2 กรณีข้อมูลที่พบตกมาตรฐานไม่ถึงจำนวนเป้าหมาย หรือข้อมูลผลการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2561 ไม่พบตกมาตรฐาน ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย โดยพิจารณาข้อมูลตามความเสี่ยงของสถานการณ์ภาพรวมทั้งประเทศหรือพื้นที่</p> <p>2.2 สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด จำนวนจังหวัดละ 7 ตัวอย่าง ตามแผนที่กำหนดในข้อ 2.1 และบันทึกข้อมูลในใบนำส่งตัวอย่าง</p> <p>วิธีการเก็บตัวอย่าง</p> <p>1) ปริมาณตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แตงกวา พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง - ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง <p>2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้สด มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถังพลาสติก คัดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคัดเทพกาวพันรอบปากถุง</p> <p>3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)</p> <p>2.3 สสจ. ส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ในวันจันทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดยกในหนังสือ นำส่งตัวอย่าง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษร สีแดง 2) ในช่องหมายเหตุระบุว่า

หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ใช้ในการเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด เพื่อวางแผนการเก็บตัวอย่างและหามาตรการจัดการต่อไป

แบบรายงานตัวชีวิต 1-1 สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน

ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ (ระบุสายพันธุ์)	ได้รับการอนุญาตสถานที่ผลิต		อยู่ระหว่างการขออนุญาตหรือพัฒนา		
				ผลการตรวจประเมิน		ผลการตรวจประเมิน		
				เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	การตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คะแนน)	ผ่าน (คะแนน)	ไม่ผ่าน (คะแนน)	ข้อบกพร่อง

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ / 02-590-7406.....

.....นางสาวอรุณรุ่งรงค์ ธีระวัฒน์/ นางสาวณัฐนุช สุขแก้ว โทรศัพท์ 02-590-7214.....

แบบรายงานตัวชีวิตที่ 1-2 : ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน

วันที่เก็บตัวอย่าง

ลำดับ	ชนิดผักผลไม้ (ระบุสายพันธุ์)	สถานที่เก็บตัวอย่าง			ยี่ห้อสินค้า (ถ้ามีระบุ)	เครื่องหมายรับรองความปลอดภัย (ถ้ามี)						หมายเหตุ
		ชื่อสถานที่ผลิต	ชื่อสถานที่จำหน่าย			สัญลักษณ์ Q	เลขที่ กษ	เลขสถานที่ผลิต	เลขสถานที่นำเข้า	Organics Thailand	อื่นๆ	
			ชื่อสถานที่จำหน่าย	ชื่อผู้ผลิต								
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

หมายเหตุ : 1. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนนอมกิจ โทร . 02-590-7406.....

ผู้ประสานงานตามตัวชีวิต : นางสาวอรุณรุ่ง ธีระวัฒน์/ นางสาวณัฐนุช สุขแก้ว โทรศัพท์ 02-590-7214

2. ส่งรายงานทาง e-mail : kb@fda.moph.go.th

ประเด็น : นมโรงเรียน

<p><u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u></p> <p><u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u></p>	<p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>นมโรงเรียน คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งจำหน่ายภายใต้โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เท่านั้น</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 <u>กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน<u>ทุกแห่งในจังหวัด</u> ตามหลักเกณฑ์ GMP <ol style="list-style-type: none"> (1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตตามมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ.2549 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ โดยใช้แบบตรวจ ตส.5 (50) (2) นมโคชนิดยูเอชทีตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำ และชนิดปรับกรด โดยใช้แบบตรวจ ตส.11(56) 1.1.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> (1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โพรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i> (2) นมโคชนิดยูเอชที ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โพรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i>

	<p>โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือน พ.ย. 61 • ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ช่วงเดือน มิ.ย. 62
	<p>ทั้งนี้ การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 • ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)” <p>หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)</p> <p>1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน</p> <p>1.2.1 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต ตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานเฉพาะด้านเชื้อจุลินทรีย์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค</p> <p>โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง ทุกเดือน นอกเหนือจากแผนการเฝ้าระวังประจำปี โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2</p> <p>ทั้งนี้ การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบผู้ประกอบการ” (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า “ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)” <p>หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและ พาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่างรวม 2 ตัวอย่าง)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A_2 = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>

หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	เพื่อรายงานผลต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ในการจัดสรรสิทธินมโรงเรียน และเพื่อกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนในปีถัดไป

ประเด็น : ผลិតภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

<p><u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u></p> <p><u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u></p>	<p>ร้อยละของผลិតภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>ร้อยละของผลិតภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>1. ผลិតภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลិតภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟหรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560-2561 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)</p> <p>2. ได้รับการจัดการ หมายถึง การตรวจสอบให้เป็นไปตามกฎหมาย เช่น ตรวจติดตาม เก็บตัวอย่าง ยึดอายัด การดำเนินการทางอาญา เช่น เปรียบเทียบปรับ พ้องคดี หรือการดำเนินการทางปกครอง เช่น แจ้งงดผลิต ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ การยกเลิกเลขสารบบอาหาร หรือ อื่น ๆ เช่น การแจ้งเตือนภัยประชาชน เป็นต้น</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผลិតภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลผลិតภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) ปี 2560-2561 ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์</p> <p>2. กรณีเป็นผลិតภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) ขอให้ สสจ. ดำเนินการตรวจติดตามเพื่อรวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ดังนี้</p> <p>2.1 <u>กรณีเป็นจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต/นำเข้า/จัดจำหน่าย ตั้งอยู่ในพื้นที่</u> ขอให้</p> <p>1) เข้าตรวจสอบสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP กฎหมาย หรือตรวจสอบสถานที่นำเข้า หรือสถานที่จัดจำหน่าย (แล้วแต่กรณี)</p> <p>2) เก็บตัวอย่างผลិតภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีไม่พบผลិតภัณฑ์ตาม Blacklist แต่พบอาหารอื่นที่พิจารณาแล้วมีแนวโน้มปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ให้เก็บตัวอย่างอาหารนั้น และ - ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1) <p>2.2 <u>กรณีเป็นจังหวัดที่มีด่านอาหารและยาตั้งอยู่ในพื้นที่</u> ขอให้</p> <p>1) ดำเนินการตามมาตรการกักกันของสำนักด่านอาหารและยา</p> <p>2) สุ่มเก็บตัวอย่างผลិតภัณฑ์ตาม Blacklist ณ ด่านอาหารและยา และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดังกล่าว (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1)</p>

2.3 กรณีเป็นจังหวัดที่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารตาม Blacklist ขอให้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) รวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ณ สถานที่จำหน่าย
- 2) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)

และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1)

หมายเหตุ : เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1

- 1) ปริมาณตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมายที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์

การตรวจ สรรพคุณ	รายการตรวจวิเคราะห์	ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)
1. ลดน้ำหนัก	1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบาย เช่น Phenolphthaline และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สารอื่น เช่น Desoxy-D2PM	อย่างน้อย 30 กรัม (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5)
2. เสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil	อย่างน้อย 30 กรัม

2) การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

3. กรณีผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต/นำเข้า/จำหน่าย หรือผลการตรวจวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ขอให้ สสจ. ดำเนินการทางกฎหมายตามแนวทางเอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-2

แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A_3 = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่มีผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน

แบบรายงานตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด _____ /ด้านอาหารและยา _____

ชื่อ-สกุลผู้รายงาน _____ โทร _____ e-mail _____ วันที่รายงาน _____

ลำดับ	ชื่อสถานที่	ที่ตั้ง	วันที่ตรวจ	ประเภทสถานที่			Blacklist		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่าง	เลข อย.	วิเคราะห์หา		ผลวิเคราะห์		ระบุข้อสารที่พบ	การแจ้งเตือนภัย	การดำเนินการทางกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผลิต	นำเข้า	จำหน่าย	พบ	ไม่พบ			ลดน้ำหนัก	ทางเพศ	ผ่าน	ไม่ผ่าน				

1.หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ โทร 02-5907030

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวอรุณรุ่งค์ อีระวัฒน์ โทร 02-5907218

2.ส่งรายงานทาง e-mail kb@fda.moph.go.th

รายการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่สงสัยว่าปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

การวัดอ้างสรรพคุณ	รายการตรวจวิเคราะห์	ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)
1. ลดน้ำหนัก	1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบาย เช่น Phenolphthaline และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สาร 2-Diphenyl methylpyrrolidine (Desoxy-D2PM)	อย่างน้อย 30 กรัม (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5)
2. เสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil	อย่างน้อย 30 กรัม

แนวทางการพิจารณาดำเนินการตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กรณีผลิตภัณฑอาหารตรวจพบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
1. สถานประกอบการ					
1.1 การได้รับ อนุญาต สถานที่ผลิต/สถานที่ นำเข้าอาหารเพื่อ จำหน่าย	สถานที่ผลิต 1.1.1 กรณีแหล่งผลิตเข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหาร เพื่อจำหน่าย แต่ไม่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายมี เครื่องจักรอุปกรณ์การผลิตตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป หรือ คนงานตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป แต่ไม่มีใบอนุญาตผลิตอาหาร	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร หลากหลาย 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 14 วรรค หนึ่ง	โทษตาม ม. 53	- สั่งให้งดผลิตจนกว่าจะได้รับ อนุญาต <u>โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม.63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้า หมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลา ที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว
	1.1.2 กรณีแหล่งผลิตไม่เข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหาร เพื่อจำหน่าย แต่ยังไม่ได้รับเลขประจำสถานที่ผลิต อาหารที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน (สบ.1)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร หลากหลาย 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศ ซึ่งออกตาม ม. 6(10)	โทษตามม. 51	- ขอความร่วมมือให้งดผลิต จนกว่าจะได้รับอนุญาต เลขสารบบอาหาร

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
	สถานที่นำเข้า 1.1.3 กรณีสถานที่นำเข้ามีการนำเข้าอาหารเพื่อ จำหน่ายโดยยังไม่ได้รับใบอนุญาต	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่นำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ผลิตอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 15 วรรค หนึ่ง	โทษตาม ม. 53	- สั่งให้งดนำเข้าจนกว่าจะได้รับ อนุญาต โดยอาศัยอำนาจตาม <u>ม. 30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่ เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็น ราชวันอีกวันละห้าร้อยบาท ตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ดังกล่าว
1.2 หน้าที่ของ ผู้รับอนุญาต	1.2.1 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 ผลิต/นำเข้า หรือเก็บอาหารนอกสถานที่ที่ระบุไว้ใน ใบอนุญาต ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตได้รับอนุญาตผลิตอาหาร ระบุ เลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอ ตำบล... อำเภอ... จังหวัด... แต่ตรวจพบมีการผลิตเพื่อจำหน่าย ณ เลขที่ 1, 3 และ 5 ซอย 2 ถนนดินสอ... <u>เพิ่มอีกด้วย</u> เป็นต้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกคำให้การ 3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 20	โทษตาม ม. 55	

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่ การควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ ปราศจากอันตรายแก่ ผู้บริโภค
1.2 หน้าที่ของ ผู้รับอนุญาต (ต่อ)	1.2.2 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 ย้าย สถานที่ผลิต สถานที่นำเข้า หรือสถานที่เก็บอาหารโดย ไม่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาต ผลิตอาหาร ระบุเลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอ... แต่มีการ ย้ายสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย ไปยัง ณ เลขที่ 8 ซอย 8 ถนนดินสอ... โดยยังไม่ได้รับอนุญาต และได้เลิก กิจการ ณ เลขที่เดิมที่ได้รับอนุญาตด้วยแล้ว เป็นต้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า2. บันทึกคำให้การ3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 21	โทษตาม ม. 55	-
	1.2.3 กรณีผลิตหรือนำเข้าซึ่งอาหารภายหลังที่ ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้วโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุ ใบอนุญาต ตัวอย่างเช่น : - ใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้า ระบุ "ใบอนุญาตฉบับนี้ ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2558" ต้องยื่นคำ ขอต่ออายุภายในวันที่ที่ระบุ แต่เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 ตรวจพบว่ามีการผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่าย ภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจะพิจารณาจำนวนวัน ทำการตั้งแต่สิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอต่ออายุ ใบอนุญาต (นับตั้งแต่ 1 มค. ถึง 25 กพ.2559)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่ เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ม. 74 ระบุว่า ผู้รับ อนุญาตผู้ใดผลิตหรือ นำเข้า ซึ่งอาหาร ภายหลังที่ใบอนุญาต สิ้นอายุแล้ว โดยมิได้ ยื่นคำขอต่ออายุ ใบอนุญาต ต้องระวาง โทษปรับเป็นรายวันๆ ละไม่น้อยกว่าห้าร้อย บาทแต่ไม่เกินหนึ่งพัน บาท	โทษตาม ม. 74	ถือว่าใบอนุญาตนั้นสิ้นอายุแล้ว ดังนั้นหากผู้ประกอบการ ประสงค์จะผลิตหรือนำเข้า อาหารต่อไป ต้องยื่นขอ ใบอนุญาตใหม่ ไม่สามารถมาต่อ อายุและไม่สามารถใช้ใบอนุญาต เดิมได้

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
<p>1.3 สุขลักษณะ สถานที่ผลิต /กรณีกฎหมายกำหนด วิธีการผลิตและเก็บ รักษาอาหาร</p>	<p>1.3.1 กรณีสุขลักษณะสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <u>หมายเหตุ</u> เกณฑ์กำหนดให้ไม่พบข้อบกพร่องรุนแรงและ คะแนนแต่ละหัวข้อและคะแนนรวมทั้งหมดไม่น้อยกว่า ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - GMP ทั่วไป ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉ. 193) พ.ศ.2543 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือใช้ในการ ผลิต และเก็บรักษาอาหาร :ร้อยละ 60 - GMP อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีความเป็น กรดต่ำและชนิดที่ปรับกรด ตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข (ฉ.349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำและ ชนิดที่ปรับกรด:ร้อยละ 70 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ผลิตอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) 	<p>ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตาม ม. 6(7)</p>	<p>โทษตาม ม. 49</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขอความร่วมมือให้งดผลิต จนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมาย กำหนด - กรณีเข้าข่ายโรงงาน <u>หากพบ</u> <u>ข้อบกพร่องที่ต้องออกคำสั่งให้</u> <u>แก้ไขตัดแปลงสถานที่ผลิต หรือ</u> <u>สถานที่เก็บอาหาร โดยอาศัย</u> <u>อำนาจตาม ม. 30(1) หากฝ่าฝืน</u> <u>คำสั่งมีโทษตามม. 62 ต้อง</u> <u>ระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่น</u> <u>บาท</u> - เสนอคณะกรรมการอาหาร พิจารณาพักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 120 วันในกรณีที่สถานที่ผลิต อาหารเข้าข่ายโรงงาน (ตาม ความรุนแรงของปัญหาและการ กระทำความผิดซ้ำซาก) โดย อาศัยอำนาจตาม ม. 46 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
2. ผลิตภัณฑ์					
2.1 การได้รับ อนุญาต	2.1.1 กรณีสถานที่ผลิตเข้าข่ายโรงงานหรือไม่เข้าข่าย โรงงาน ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหารหรือเลขประจำ สถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1) แล้ว แต่ผลิต ภยันตรายยังมิได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร (สำหรับ ประเภทอาหารซึ่งถูกบังคับให้แสดงเลขสารบบอาหาร ตามประกาศ)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่ง ที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตามม. 6(10)	โทษตามม. 51	- ขอความร่วมมือให้งดผลิต เฉพาะผลิตภัณฑ์นั้นจนกว่าจะ ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร
2.2 คุณภาพ ผลิตภัณฑ์	2.2.1 ด้านจุลินทรีย์ พบจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค เช่น Staphylococcus aureus ,Clostridium spp. , Salmonella spp. หรือ สารพิษจากจุลินทรีย์	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 25 (3) และ ฝ่าฝืน ม. 25(1)	โทษตาม ม. 60 (อาหารผิด มาตรฐาน) และ ม. 58 (อาหาร ไม่บริสุทธิ์)	- สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุง แก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม <u>ม. 30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษ ตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับ ไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับ เป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาท ตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม <u>ม. 30(3)</u>

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
					- แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา
	2.2.2 ด้านฟิลิกรัส ไม่เข้ามาตรฐานตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น แคปซูลแตกไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีคุณสมบัติเฉพาะ ตามชนิดของผลิตภัณฑ์นั้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม.25(3)	โทษตาม ม. 60	-
	2.2.3 ด้านเคมี เช่น พบสารหนู ตะกั่ว ฯลฯ ไม่เข้า มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 98) พ.ศ. 2529 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 25(3)	โทษตาม ม. 60	-
	2.2.3.1 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปน อาหารไม่เป็นไปตามประกาศฯ (ฉบับที่ 381) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) (ตามชนิด อาหารและปริมาณวัตถุเจือปนอาหารที่อนุญาต)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 6 (5)	โทษตาม ม.47 โทษตาม ม. 58	

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
2.2 คุณภาพ ผลิตภัณฑ์ (ต่อ)	2.2.3.2 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสารที่ห้ามใช้ ในผลิตภัณฑ์ ตัวอย่างเช่น : - พบยาแผนปัจจุบันในผลิตภัณฑ์อาหาร (เป็นอาหารไม่บริสุทธิ์)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด 6. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนม. 25 (1)	ม.58	- สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุง แก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม <u>30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม <u>ม. 30(3)</u> แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 - แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา - เสนอคณะกรรมการอาหาร พิจารณาพักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 120 วันในกรณีที่สถานที่ผลิต อาหารเข้าข่ายโรงงาน โดยอาศัย

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
					อำนาจตาม ม. 46 แห่ง พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 -ยกเลิกเลขสารบบอาหาร
2.3 ฉลาก ผลิตภัณฑ์	2.3.1 กรณีผลิตภัณฑ์ที่แสดงฉลากไม่ถูกต้องตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น : - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แสดงชื่อไม่ตรงตามที่ได้ ได้รับอนุญาต	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตาม ม. 6(10)	โทษตาม ม. 51	-
	2.3.2 กรณีผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่าย อาหารที่มีฉลากเพื่อลวง หรือพยายามลวงผู้บริโภคให้ เข้าใจผิดในเรื่องคุณภาพ ปริมาณ ประโยชน์ หรือ ลักษณะพิเศษอย่างอื่น หรือในเรื่องสถานที่และประเทศ ที่ผลิต ตัวอย่างเช่น : - ฉลากแสดงเลขสารบบอาหาร ของผู้ผลิตรายอื่น - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ได้รับอนุญาตตามสูตร ส่วนประกอบ A แต่ปรากฏชื่อเท็จจริงว่ามีการผลิตเพื่อ จำหน่ายตามสูตรส่วนประกอบ B โดยใช้ชื่อและเลข สารบบอาหารของ A	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. บันทึกการยึดหรืออายัด 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตาม ม.6 (10) และ ม. 25(2)	โทษตาม ม. 51 และโทษตาม ม. 59	- สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุง แก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30 (3)

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะ หรือให้ปราศจากอันตรายแก่ ผู้บริโภค
	- ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแสดงเลขสารบบอาหารที่ ถูกยกเลิกไปแล้ว หรือ เป็นเลข อย. ที่ไม่มีอยู่จริง				- แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบ
2.4 บรรจุภัณฑ์	2.4.1 กรณีผลิตภัณฑ์ ใช้บรรจุภัณฑ์ไม่เป็นไปตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องกำหนด คุณภาพหรือมาตรฐานของภาชนะบรรจุ	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตามตาม ม. 6(6)	โทษตาม ม. 48	
3.การโฆษณา	3.1 กรณีโฆษณาคุณภาพ ประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณ ของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิด ความหลงเชื่อโดยไม่สมควร ตัวอย่างเช่น : - โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ว่า "เห็นผลทันใจ ลดไขมัน โหมโยโย่ 10 กก. ภายใน 30 วัน" เป็นต้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 40	โทษตาม ม. 70	
-	3.2 กรณีไม่นำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะ โฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหาร เพื่อ ประโยชน์ทางการค้า ให้ผู้อนุญาตตรวจพิจารณาก่อน โฆษณา	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 41	โทษตาม ม. 71	ระงับการโฆษณา โดยอาศัย อำนาจตาม ม. 42 กรณีไม่ระงับ การโฆษณาอาหารตามคำสั่งของผู้ อนุญาต หรือไม่ระงับการผลิต การนำเข้า การขายการโฆษณา อาหารที่คณะกรรมการเห็นว่า อาหารดังกล่าวไม่มีคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณตามที่ได้ โฆษณา ฝ่าฝืนตาม ม. 42 โทษ

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
					ตาม ม. 72 ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสอง หมื่นบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับเป็นรายวันอีกวันละ ไม่น้อยกว่าห้าร้อยบาท แต่ไม่ เกินหนึ่งพันบาท ตลอดเวลาที่ไม่ ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว
4.สถานที่จำหน่าย	4.1 กรณีจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตใช้ฉลาก หรือที่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น : - จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่แสดงฉลากไม่ ครบถ้วนตามประกาศที่เกี่ยวข้อง	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) 5. บันทึกยึดหรืออายัด	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตาม ม. 6 (10)	โทษตามม. 51	-
	4.2 กรณีจำหน่ายอาหารที่ไม่มีเลขสารบบอาหารหรือ แสดงฉลากไม่ถูกต้อง และแสดงฉลากเพื่อลวง ตัวอย่างเช่น : - จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่มีเลขสารบบ อาหาร แต่นำเลขสารบบอาหารของผู้อื่นมาแสดง	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) 5. บันทึกยึดหรืออายัด	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออก ตามม. 6 (10) และม. 25(2)	โทษตาม ม. 51 และม.59	- ขอให้จดจำนำและเรียกคืน ผลิตภัณฑ์เฉพาะรุ่นการผลิตที่ พบปัญหา
	4.3 กรณีจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพไม่เข้ามาตรฐาน ทางด้านจุลินทรีย์ หรือฟอสเฟต หรือเคมี ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น : - กรณีผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ ซึ่งปรากฏผลการตรวจ	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด	ฝ่าฝืน ม. 25(3)	โทษตาม ม. 60	-

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
	- วิเคราะห์ไม่เข้ามาตรฐานตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
4.สถานที่จำหน่าย (ต่อ)	4.4 กรณีจำหน่ายปลีกให้แก่ผู้บริโภคโดยตรง เป็นการ กระทำความผิดตาม ม. 48 ม. 50 ม.58 ม. 59 ม. 60 ม. 61 ม. 69 ตัวอย่างเช่น : - ร้านมินิมาร์ทจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ให้แก่ผู้บริโภคโดยตรงแต่ผลการตรวจวิเคราะห์พบยา sibutramine (อาหารไม่บริสุทธิ์)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด	กระทำความผิดตาม ม.58	โทษตามม. 73 กรณีผู้จำหน่าย ปลีกให้แก่ ผู้บริโภคโดยตรง มีโทษตามม. 73 แต่ถ้าผู้นั้น กระทำความผิด ซ้ำอีกภายในหก เดือนนับแต่วันที่ ได้กระทำ ความผิดครั้งก่อน ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหนึ่ง ปีหรือปรับไม่เกิน หนึ่งหมื่นบาท	- - ขอให้แจ้งจำหน่าย

				หรือทั้งจำทั้ง ปรับ	
--	--	--	--	------------------------	--

ประเด็น : เครื่องสำอาง

<p>ตัวชี้วัดที่ 1 :</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</p>	<p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>“เครื่องสำอาง” หมายความว่า วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู ผัด โรย พ่น หยด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์และให้หมายความรวมถึงการใช้กับฟันและเยื่อในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทีนต่าง ๆ สำหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย</p> <p>“เครื่องสำอางที่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย” หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทย 2. เครื่องสำอางที่แสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วน ถูกต้อง 3. เครื่องสำอางที่แสดงเลขจดแจ้งบนฉลากตรงตามที่ได้รับจดแจ้งไว้ต่อผู้รับจดแจ้ง 4. ไม่เป็นเครื่องสำอางที่มีรายชื่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 34 รายการ เรื่องกำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ผลิต 2. สถานที่ขายเครื่องสำอางในจังหวัด 3. ร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>สำรวจสถานที่ขายเครื่องสำอาง และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน เพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยงส่งตรวจวิเคราะห์ และแจ้งไปยังจังหวัดที่เป็นสถานที่ตั้งของสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางตรวจวิเคราะห์คู่ขนานกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมจำนวนรายการเครื่องสำอางทั้งหมดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ - รวบรวมจำนวนเครื่องสำอางที่ตรวจพบสารห้ามใช้ <p>หมายเหตุ: 1. สถานที่ขายเครื่องสำอางสำรวจจากแหล่งกระจายสินค้าในกรุงเทพมหานคร และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน (4 จังหวัดตัวแทนภาค ได้แก่ เชียงราย สงขลา หนองคาย สระแก้ว)</p> <p>2. สถานที่ผลิตเครื่องสำอางสำรวจจากเฉพาะสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเครื่องสำอางที่เก็บในข้อ 1 เท่านั้น</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A_4 = จำนวนรายการเครื่องสำอางที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน</p>

รายการข้อมูล 2	$B_4 =$ จำนวนเครื่องสำอางที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์
สูตรการคำนวณ	$(A_4/B_4) \times 100$
การรายงานผลการดำเนินงาน	ระบบ คบส. ภูมิภาค
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	รายงานผ่านระบบ คบส. online/ทุกไตรมาส
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสาวอนัญญา มณีภาค สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7273-4 โทรสาร 0-2591-8468
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468
ผู้ประสานงาน/จัดทำรายงานตัวชี้วัด	นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และแนวทางการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

ประเด็น : ยาแผนโบราณ

ตัวชี้วัดที่ 1 :	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.2 :	ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์
คำนิยาม	ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง คือ ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย ที่อยู่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้ 1) โรคเก๊า 2) โรคไขมัน 3) เบาหวาน 4) ความดัน 5) หอบหืด 6) ข้อเสื่อม 7) CKD
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บตัวอย่าง ยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยง จากครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง * มาทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย
แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลด้วยการ สํารวจข้อมูลจากครัวเรือนผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนยาแผนโบราณที่ปลอดภัย ไม่พบการปลอมปนสเตียรอยด์ (ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่าย)
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่นำมาตรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูล คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และรวบรวมผ่านระบบสารสนเทศที่สำนักยา พัฒนาขึ้น
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	รายงานตามแบบรายงาน โดยให้ข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศที่จัดทำขึ้น
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (พื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ) สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (พื้นที่ กทม)
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักยา
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-นามสกุล : ภก วรารุช เสริมสินสิริ ผู้อำนวยการกองผลิตภัณฑ์สมุนไพร หน่วยงาน : กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร โทรศัพท์ : 0897961437 e-mail : varavoot@hormail.com
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ลดความเสี่ยงอันตรายจากการได้รับสารสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																														
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																														
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																														
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																														
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">ระดับพื้นฐาน</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</th> </tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</th> </tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td> <td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td> <td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E: ENERGY</td> <td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td> <td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> <tr> <td>N: NUTRITION</td> <td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดี</th> </tr> <tr> <td></td> <td>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก		9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย		10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	ระดับดี			11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
ระดับพื้นฐาน																															
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																															
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																															
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																															
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																														
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																														
R: RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก																														
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																														
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																														
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																														
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก																														
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย																														
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน																														
ระดับดี																															
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ																														

	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus	
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัด กรมวิชาการ

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10	2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี

	A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2+A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $((A2+A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $((A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $(A4/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60

(Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital			2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อย ละ 10
---	--	--	--

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 70	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20		
วิธีการประเมินผล :	1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ไม่ได้รับการ ประเมิน	ร้อยละ	-	0.63	0.00
	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	7.30	0.00
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	51.62	20.25
	ระดับดี	ร้อยละ	-	29.93	40.50
	ระดับดีมาก	ร้อยละ	-	10.53	39.25
	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	92.08	100.00
ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2561 หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก					

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:</p> <p>1. นางปรียานุช บุรณะภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:</p> <p>1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นางสาวรุจิรา ไชยดั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณิรนุช อาภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางสาวรุจิรา ไชยดั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับการวัดผล	เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย</p> <p>Staff</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย <p>System</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล <p>Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม</td> <td>ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)	ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)	ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)	ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)	ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ทีม ใหม่ 50 %		ทีมสะสม 1,170 ทีม	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ทีมสะสม 1,560 ทีม	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ทีมสะสม 2,080 ทีม	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 0.78 %	เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 9.17%	เปิดดำเนินการได้ 806 ทีม คิดเป็น 12.4%
จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-5901939 E-mail : k.tewtong@yahoo.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				

<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรสาร :02-59019398</p> <p>2. นางจรรุณี จันท์เพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรสาร :02-59019398</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : k.tewtong@yahoo.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ คลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : jchanphet@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	5.การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ								
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	14.ร้อยละของครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายที่เหมาะสม (4) บำรุงรักษาจิตใจ (5) การดูแลสุขภาพช่องปาก (6) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม <p>โดยที่ อสค.และสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว</p> <p>กรณีครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายในครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพโดย อสค. 2. เพื่อให้ อสค. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สมาชิกในครอบครัวที่มี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL 5-11 คะแนน) ติดเตียง(ADL 0-4 คะแนน) 2. ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <p>จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูล Thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสค. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลการสมัครมาบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th 1.2 อสค. ลงทะเบียนผ่าน Application “SMART อสค.” ได้ด้วยตนเอง 								

	2. การประเมินผลโดยสุ่มตัวอย่างจากทึ่มส่วนกลาง				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด				ร้อยละ 60
เกณฑ์การวัด :					
ลำดับ	กิจกรรม	เกณฑ์การพิจารณา		หมายเหตุ	
		ทำ	ไม่ทำ		
1	คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า			อย่างน้อยต้องทำได้ 4 ข้อ ใน 6 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์	
2	ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด				
3	ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด				
4	บำรุงรักษาจิตใจ : ลดภาวะความเครียด				
5	การดูแลสุขภาพช่องปาก				
6	จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม				
วิธีการประเมินผล :	เชิงคุณภาพ โดยทีมประเมินจากส่วนกลาง				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการพัฒนาและประเมิน อสค. 2. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) 3. Application SMART อสค. 4. SMART อสม. , www.อสค.com , Line@SMARTอสค. 5. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน หมายเหตุ : สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th				

หมวด	Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	15.ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ตัวชี้วัดย่อย	<p><u>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</u></p> <p>15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p>15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <p>15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p><u>การรักษาใน Stroke Unit</u></p> <p>15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p><u>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม</u></p> <p>15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p>
คำนิยาม	<p><u>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</u></p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p><u>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</u></p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p>

	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <p>1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง</p> <p>2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

การรักษาใน Stroke Unit	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	- รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข		
1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย		

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2562:				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5

อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2563:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2564:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

small success							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 				
วิธีการประเมินผล :		<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 					
เอกสารสนับสนุน :		สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Base line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559	2560	2561
	3.43	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	-	-	-	3.84
	22.28	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	-	-	-	22.37
8.15	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	17.1	9.9	8.3	9.1	8.22	

-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	-	-	-	-
-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	-	-	-	-
-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	-	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 ต่อ 2408 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p> <p>3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	16.อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p>

	<p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">85</td> <td style="text-align: center;">85</td> <td style="text-align: center;">85</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	85	85	85
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
85	85	85					
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u></p>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
แหล่งข้อมูล	<p>โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)</p>						
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562</p>						
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)</p>						

<p>2. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)</p> <p>คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
<p>เงื่อนไขการคำนวณ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> ■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) ■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562-2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ร้อยละ 85

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ
แนวทางการประเมินผล

1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศ

2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่

3 ระดับจังหวัด

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
- 2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
อัตราความสำเร็จ การรักษาวัณโรค ปอดรายใหม่**	ร้อยละ	82.8	84.2	84.4

หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย
อัตราการสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562
	2558	2559	2560	ค่าเฉลี่ย	
เขต 1-12	82.8	84.2	84.4	83.8	≥85
1 เชียงใหม่	78.8	79.2	79.3	79.1	≥85
2 พิษณุโลก	83.3	81.6	84.6	83.2	≥85
3 นครสวรรค์	83.8	81.0	84.9	83.2	≥85
4 สระบุรี	80.0	80.6	82.3	81.0	≥85
5 ราชบุรี	84.6	83.8	82.3	83.6	≥85
6 ชลบุรี	80.8	86.3	85.5	84.2	≥85
7 ขอนแก่น	81.6	83.7	85.1	83.5	≥85
8 อุตรธานี	87.0	85.6	85.9	86.2	≥85
9 นครราชสีมา	87.5	86.4	88.9	87.6	≥85
10 อุบลราชธานี	83.5	88.8	84.3	85.5	≥85
11 นครศรีธรรมราช	79.4	83.6	82.7	81.9	≥85
12 สงขลา	85.8	87.0	85.4	86.1	≥85

หมายเหตุ

- ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราการสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
(TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา			ร้อยละความครอบคลุมการรักษาปี 2561 (4 = 3/2)	ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561* (1)	คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (156/แสน ปชก.) (2)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2561** (3)		
ประเทศ	66,188,503	103,254	77,376	74.9	85,185
1 เชียงใหม่	5,870,510	9,158	5,766	63.0	7,555
2 พิษณุโลก	3,561,377	5,556	3,894	70.1	4,583
3 นครสวรรค์	2,995,999	4,674	2,892	61.9	3,856
4 สระบุรี	5,322,632	8,303	5,859	70.6	6,850
5 ราชบุรี	5,311,909	8,287	6,284	75.8	6,836
6 ชลบุรี	6,054,606	9,445	8,952	94.8	7,792
7 ขอนแก่น	5,062,898	7,898	6,613	83.7	6,516
8 อุตรธานี	5,548,817	8,656	5,256	60.7	7,141
9 นครราชสีมา	6,767,667	10,558	7,696	72.9	8,710
10 อุบลราชธานี	4,610,095	7,192	5,386	74.9	5,933
11 นครศรีธรรมราช	4,454,389	6,949	5,149	74.1	5,733
12 สงขลา	4,945,189	7,714	4,955	64.2	6,364
13 กรุงเทพฯ	5,682,415	8,865	8,674	97.9	7,313

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
(TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณ โรค(156 ต่อ แสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วยวัณ โรคขึ้นทะเบียน รักษาปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
ประเทศ	66,188,503	103,254	77,376	74.9	85,185
กรุงเทพมหานคร	5,682,415	8,865	8,674	97.9	7,313
จังหวัดกระบี่	469,769	733	394	53.8	605
จังหวัดกาญจนบุรี	887,979	1,385	1,050	75.8	1,143
จังหวัดกาฬสินธุ์	986,005	1,538	1,304	84.8	1,269
จังหวัดกำแพงเพชร	729,133	1,137	780	68.6	938
จังหวัดขอนแก่น	1,805,910	2,817	2,507	89.0	2,324
จังหวัดจันทบุรี	534,459	834	659	79.0	688
จังหวัดฉะเชิงเทรา	709,889	1,107	726	65.6	914
จังหวัดชลบุรี	1,509,125	2,354	2,967	126.0	1,942
จังหวัดชัยนาท	329,722	514	241	46.9	424
จังหวัดชัยภูมิ	1,139,356	1,777	1,491	83.9	1,466
จังหวัดชุมพร	509,650	795	537	67.5	656
จังหวัดเชียงราย	1,746,840	2,725	1,423	52.2	2,248
จังหวัดเชียงใหม่	1,287,615	2,009	1,510	75.2	1,657
จังหวัดตรัง	643,072	1,003	538	53.6	828
จังหวัดตราด	229,649	358	285	79.6	296
จังหวัดตาก	644,267	1,005	848	84.4	829
จังหวัดนครนายก	259,342	405	352	87.0	334
จังหวัดนครปฐม	911,492	1,422	873	61.4	1,173
จังหวัดนครพนม	718,028	1,120	664	59.3	924
จังหวัดนครราชสีมา	2,639,226	4,117	2,626	63.8	3,397
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,557,482	2,430	1,502	61.8	2,004
จังหวัดนครสวรรค์	1,065,334	1,662	1,052	63.3	1,371
จังหวัดนนทบุรี	1,229,735	1,918	1,885	98.3	1,583
จังหวัดนราธิวาส	796,239	1,242	610	49.1	1,025
จังหวัดน่าน	479,838	749	422	56.4	618

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณ โรค(156 ต่อ แสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วยวัณ โรคขึ้นทะเบียน รักษาปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดบึงกาฬ	423,032	660	432	65.5	544
จังหวัดบุรีรัมย์	1,591,905	2,483	1,510	60.8	2,049
จังหวัดปทุมธานี	1,129,115	1,761	848	48.1	1,453
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	543,979	849	773	91.1	700
จังหวัดปราจีนบุรี	487,544	761	764	100.5	627
จังหวัดปัตตานี	709,796	1,107	628	56.7	914
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	813,852	1,270	687	54.1	1,047
จังหวัดพะเยา	477,100	744	570	76.6	614
จังหวัดพังงา	267,491	417	339	81.2	344
จังหวัดพัทลุง	524,857	819	460	56.2	675
จังหวัดพิจิตร	541,868	845	531	62.8	697
จังหวัดพิษณุโลก	865,368	1,350	955	70.7	1,114
จังหวัดเพชรบุรี	482,375	753	431	57.3	621
จังหวัดเพชรบูรณ์	995,331	1,553	1,006	64.8	1,281
จังหวัดแพร่	447,564	698	488	69.9	576
จังหวัดภูเก็ต	402,017	627	978	155.9	517
จังหวัดมหาสารคาม	963,072	1,502	1,368	91.1	1,239
จังหวัดมุกดาหาร	350,782	547	359	65.6	451
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	279,088	435	187	43.0	359
จังหวัดยโสธร	539,542	842	641	76.2	694
จังหวัดยะลา	527,295	823	515	62.6	679
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,307,911	2,040	1,434	70.3	1,683
จังหวัดระนอง	190,399	297	259	87.2	245
จังหวัดระยอง	711,236	1,110	1,014	91.4	915
จังหวัดราชบุรี	871,714	1,360	761	56.0	1,122
จังหวัดลพบุรี	757,273	1,181	792	67.0	975
จังหวัดลำปาง	746,547	1,165	800	68.7	961
จังหวัดลำพูน	405,918	633	366	57.8	522
จังหวัดเลย	641,666	1,001	525	52.4	826

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนประชากรปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณ โรค(156 ต่อ แสน ประชา.)	จำนวนผู้ป่วยวัณ โรคขึ้นทะเบียน รักษาปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดศรีสะเกษ	1,472,031	2,296	2,071	90.2	1,895
จังหวัดสกลนคร	1,149,472	1,793	933	52.0	1,479
จังหวัดสงขลา	1,424,230	2,222	1,965	88.4	1,833
จังหวัดสตูล	319,700	499	239	47.9	411
จังหวัดสมุทรปราการ	1,310,766	2,045	1,803	88.2	1,687
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,902	302	177	58.5	250
จังหวัดสมุทรสาคร	568,465	887	1,403	158.2	732
จังหวัดสระแก้ว	561,938	877	734	83.7	723
จังหวัดสระบุรี	642,040	1,002	852	85.1	826
จังหวัดสิงห์บุรี	210,088	328	204	62.2	270
จังหวัดสุโขทัย	599,319	935	622	66.5	771
จังหวัดสุพรรณบุรี	852,003	1,329	816	61.4	1,097
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,057,581	1,650	1,140	69.1	1,361
จังหวัดสุรินทร์	1,397,180	2,180	2,069	94.9	1,798
จังหวัดหนองคาย	521,886	814	570	70.0	672
จังหวัดหนองบัวลำภู	511,641	798	474	59.4	658
จังหวัดอ่างทอง	281,187	439	239	54.5	362
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,107	590	332	56.3	487
จังหวัดอุตรธานี	1,583,092	2,470	1,658	67.1	2,037
จังหวัดอุตรดิตถ์	457,092	713	463	64.9	588
จังหวัดอุทัยธานี	329,942	515	288	56.0	425
จังหวัดอุบลราชธานี	1,869,633	2,917	1,983	68.0	2,406

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย
ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่ 7
ตุลาคม 2561

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ								
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)								
คำนิยาม	<p>RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.) - RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น) <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="411 707 1465 1267"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="411 1328 1465 2016"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 </td> <td> <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</p> </td> </tr> </tbody> </table>	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>	RDU 1	RDU 2	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</p>
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)								
<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>								
RDU 1	RDU 2								
<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</p>								

	<p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>		
<p>■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p>			
<p>RDU Hospital</p>		<p>RDU PCU</p>	
	<p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)</p>	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>	
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>			
<p>ปีงบประมาณ 61</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p>
<p>RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 2 80%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 2 80% RDU ชั้นที่ 3 20%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 3 80%</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา</p>		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ</p>		
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รายงาน</p>		
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน</p>		
<p>รายการข้อมูล 1 (RDU)</p>	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 1 A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2</p>		
<p>รายการข้อมูล 2 (RDU)</p>	<p>B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p>		
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>RDU ชั้นที่ 1 = $(A1/B) \times 100$ RDU ชั้นที่ 2 = $(A2/B) \times 100$</p>		
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่วันที่ต้นปีงบประมาณ))</p>		

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรสาร : 02-5918486 กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swech@fda.moph.go.th
	2. ภญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)																						
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ																						
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล																						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																						
ชื่อตัวชี้วัด	18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)																						
คำนิยาม	<p>AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญ โดยการประเมินตนเอง (self assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง (ธันวาคม 2561 และ มิถุนายน 2562) และการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>การแปลผลการประเมิน</th> <th>คะแนนเต็ม 500 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)</td> <td>0 - 149 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)</td> <td>150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)</td> <td>250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)</td> <td>350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table> <p>รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน) (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนา</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน	ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน	ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน	ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน	ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน	กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)		1	กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน	2	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน) (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนา
ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน																					
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน																					
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน																					
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน																					
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน																					
กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)																							
1	กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน																						
2	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน) (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนา																						

	<p>ระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิจัยฯ สคร.</p>
	<p>3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (100 คะแนน)</p> <p>(๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (5) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (6) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (7) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (8) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม (9) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ</p>
	<p>4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (100 คะแนน)</p> <p>(1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p>
	<p>5 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (100 คะแนน)</p> <p>(1) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล (2) การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล (3) มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)		การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 % จาก baseline ปี 60

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	AMR: โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ))				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		AMR ^{ขั้น} Intermediate ≥ 10 %		AMR ^{ขั้น} Intermediate ≥ 20 %	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	AMR	ร้อยละ	-	-	88.98 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้น basic ร้อยละ 70)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ภญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์								
ระดับการแสดงผล	เขต								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง								
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และ สาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแม่ PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2562 – 2564 :								
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน						
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5						
			ลดลงร้อยละ 10						
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ								

	<p>2. นางณัฐริณา รั้งสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631</p> <p>3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631</p> <p>4. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรสาร : 0 2590 1631</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราตายทารกแรกเกิด
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย:

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.8 ต่อ 1,000	< 3.7 ต่อ 1,000	< 3.6 ต่อ 1,000

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยที่มณฑลและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตจ.1, 2) 2. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต \leq 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	4	-	3.8

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	3.75	-	3.7

ปี 2564:						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	-	3.65	-	3.6		
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล					
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด อัตราตายทารกแรกเกิด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	7	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	5	3.94	3.51	4.26
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 3. กลุ่มงานนิตเวชระบบการแพทย์ สำนักนิตเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิตเวชระบบการแพทย์ สำนักนิตเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 4. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์					

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com</p> <p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิपालกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>
--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	21.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย</p> <p>โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสาขาใดจำนวนเท่าไร) 1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสังกัดใดจำนวนเท่าไร) 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ)

(1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี)

2 มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>) คือ

- 2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18)
- 2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)
- 2.3 โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษ่า เป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางฯหน้า 26-32)
- 2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)
- 2.5 ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า76-80)

ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care

(สำหรับข้อ 2.1-2.4 กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรค อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)

1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น
 - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น
 - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น
2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
3. สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
4. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

	<p>9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p> <p>10. Serum albumin < 2.5 mg/dl</p> <p>3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)</p> <p>4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่อุบัติเหตุประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/ breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)</p> <p>6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน)</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต</p>
---------------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ ทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และวินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	ร้อยละ 40	-
			รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 40
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	ร้อยละ 45	-
			รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 45
ปี 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	ร้อยละ 50	-
			รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> การดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แพ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยาในกลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน เขตสุขภาพโดย สสจ. ตรวจสอบข้อมูลในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ รพท. รพช และ รพ.สต.) และผลักดันและสร้างความเข้าใจขึ้นต้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ และสรุปผลการประเมิน 		

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03 5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014) 6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์ 7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf 8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/Palliative_Care_8_A_R.pdf 																	
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication</td> <td>ราย</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>40.58</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ราย	NA	NA	40.58
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ																
		2558	2559	2560														
ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ราย	NA	NA	40.58														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table> <tr> <td>1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ</td> <td>ที่ปรึกษากรมการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :02591 8244</td> <td>E-mail : spathomphorn@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง</td> <td>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 2245 7580</td> <td>E-mail : noiduenpen@yahoo.com</td> </tr> </table>					1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246	โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960	โทรสาร :02591 8244	E-mail : spathomphorn@gmail.com	2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413	โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466	โทรสาร : 0 2245 7580	E-mail : noiduenpen@yahoo.com	
1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์																	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246	โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960																	
โทรสาร :02591 8244	E-mail : spathomphorn@gmail.com																	
2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ																	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413	โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466																	
โทรสาร : 0 2245 7580	E-mail : noiduenpen@yahoo.com																	

	3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สำนักวิชาการ กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com 2. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008 โทรสาร : 0 2591 8264-5 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	7. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	22.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา - การบำบัดมือเกลือ - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. การรายงานจากจังหวัด			

แหล่งข้อมูล	1. 43 แพ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2. ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน	1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ.,รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการส่งใช้ยาทั้งหมด
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนากระบวนการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		ค่าประมาณการโดยเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2562
			ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ไม่นับรหัส U77	ร้อยละ	14.96	17.37	18.5
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.03	9.94	11
	- รพช.	ร้อยละ	14.81	16.88	19
	- รพ.สต.	ร้อยละ	25.88	33.32	36
ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5636 กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : 0-2149-5653 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติติก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน</p>		<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683 E-mail : augus_organ@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางสาวมุสชา จันทร์ประเสริฐ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490	โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939
	โทรสาร : 0-2965-9490	E-mail : ppin1987@gmail.com
กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน		
	2. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5653	โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252
	โทรสาร : 02-149-5653	E-mail : Sudarat.osta@gmail.com
กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ		
	3. นางสาวสุกัญญา ชัยแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7809	โทรศัพท์มือถือ : 082-729-8989
	โทรสาร : 0-2951-0218	E-mail : sukunya0210@gmail.com
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศวาระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2562</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		≥ร้อยละ 63	≥ร้อยละ 67	≥ร้อยละ 71
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการ ปี 2562 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำข้อมูลปี 2562 รวมกับข้อมูลของปี 2552 – 2561 โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com			

	<p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว</p> <p>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 ที่งานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file แบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail:depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทางช่องทางออนไลน์ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2 <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2562 ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต • ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรกลางปี 2560 (เฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน:

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 63

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 67

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 71

วิธีการประเมินผล :

รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 – 2562 วัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว วิเคราะห์ ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ ที่ www.thaidepression.com

เอกสารสนับสนุน :

ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
อัตราการเข้าถึงบริการของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับ คาดประมาณจากความชุก ที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	48.50	54.16	61.21

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885
โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com
- นางรุ่งมณี ยั่งยืน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 083-7978881
โทรสาร : 045-352514 E-mail : rungring17@yahoo.com
ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นายประมอญ พิมพ์หล่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 ต่อ 621 โทรศัพท์มือถือ : 088-581-7727 โทรสาร : 045-352514 E-mail : proj207@hotmail.com</p> <p>2. นายอรรถกร วงศ์อนันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 ต่อ 621 โทรศัพท์มือถือ : 08-3128-7033 โทรสาร : 045-352514 E-mail : depression54@hotmail.com</p> <p>3. นายวีระพงศ์ ผาปรากฏ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 ต่อ 621 โทรศัพท์มือถือ : 08-8599-4087 โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com</p> <p>ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ								
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ								
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน							
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : 1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย 1 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562)</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว								
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย 1 : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และ</p>								

	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรครึ่งปี
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน 1 ปี
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายย่อย 1.1 : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ
เอกสารสนับสนุน :	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

	2. ชุดข้อมูล 43 เพิ่ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.35	6.03	อยู่ระหว่างประมวลผล
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	-	-	94.5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์				
	1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111		โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420		
	โทรสาร : 043-224722		E-mail : n_jumpathong@hotmail.com		
	2. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136		โทรศัพท์มือถือ : 090-5854643		
	โทรสาร : 043-224722		E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com		
	3. นางอรพิน ยอดกลาง		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308		โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877		
	โทรสาร : 043-224722		E-mail : orapin63308@gmail.com		
	4.นางสาวพนิดา ชาญปัญญา		จพง.เวชสถิติชำนาญงาน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308		โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137		
	โทรสาร : 043-224722		E-mail : suicidethailand@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางอรพิน ยอดกลาง		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308		โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877		
	โทรสาร : 043-224722		E-mail : orapin63308@gmail.com		
	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9.โครงการการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	25.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย</p>

	ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด		
เกณฑ์เป้าหมาย	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis		
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	<ร้อยละ 30	<ร้อยละ 28/50	<ร้อยละ 24/48
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน		
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น		
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส		

	Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ90	-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ30	-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ30

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :

- รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
- เกณฑ์การให้คะแนน:
ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน :

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	อัตราการตายผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พจน์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891		นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail : drpojin@yahoo.com		
	2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535		อายุรแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก E-mail : mr.sepsis@yahoo.com		
	3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036		อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง E-mail : crisis27@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. สำนักนิติเวชระบบการแพทย์กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-965-9851		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรสาร 02-591-8279		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

WBC $>12,000$ / mm^3 , <4000 / mm^3 , หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output <0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine >2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

Bilirubin >2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$)

Platelet count $<100,000$ μL

Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ใช้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยเรื่อง บุคคลผู้เฝ้า	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งเมื่อ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C(°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

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

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่1 (ต.ค- ธ.ค)	ไตรมาสที่2 (ม.ค-มี.ค)	ไตรมาสที่3 (เม.ย.- มิ.ย.)	ไตรมาสที่4 (ก.ค.-ก.ย.)	รวม
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด					
2	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด					
3	อัตราการตาย					
4	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)					
5	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic					
6	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)					
7	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม.					

หมายเหตุ :

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

หมวด	Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด , เขตสุขภาพ ,ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	26.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป</p> <p>ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในกระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้าหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42

	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัส หัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55 <p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดย ตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิด กระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p> <p>หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse)</p> <p>ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ</p> <p>ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง</p> <p>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</p> <p><u>จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท.</u>- วิทยุณีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>ระดับ รพช. - วิทยุณีแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p><u>แนะนำให้มี ระดับ รพศ./รพท.</u>- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวช ศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ</p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u>เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p> <p>หมายเหตุ: <u>แนะนำให้มี</u> หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะนั้น</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวช ศาสตร์ฟื้นฟู วิทยุณีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่น ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p>
--	---

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Refracture Prevention

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.1 ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention	1.1 ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention	1.1 ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention
1.2 Refracture < ร้อยละ 30	1.2 Refracture < ร้อยละ 28	1.2 Refracture < ร้อยละ 25
1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- 1.โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HCD กระทรวง
2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

แหล่งข้อมูล

เขตสุขภาพ

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล

ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จำนวนของโรงพยาบาล 53 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม	1. จำนวนของโรงพยาบาล 56 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม	1. จำนวนของโรงพยาบาล 59 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม	1. จำนวนของโรงพยาบาล 63 โรงพยาบาล ระดับ M 1 ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม

	Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Refracture Prevention			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
	NA	หน่วยวัด จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	มีทีม Refracture Prevention ทั้งหมด 50 โรงพยาบาล (จากทั้งหมด 81 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สมศักดิ์ ลีเขวงวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรสาร : 02-3539-845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 E-mail : somsakortho@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 0-2965-9851 สำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC)		รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นพ.สมศักดิ์ ลีเขวงวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรสาร : 02-3539-845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 E-mail : somsakortho@gmail.com	

	<p>นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</p> <p>โทรสาร 0-2965-9851</p> <p>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347</p> <p>โทรสาร 0-2591-8279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59</p> <p>E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>E-mail : eva634752@gmail.com</p> <p>โทรสาร : 0 2965 9851</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ								
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย : (Leading Indicator)	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ								
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้								

	หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมินปี :					
ปีงบประมาณ 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	50	50	50	
ปีงบประมาณ 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	60	60	60	60	
ปีงบประมาณ 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	70	70	70	70	
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
	Leading / lagging Indicator		2559	2560	2561
	ร้อยละของการให้การ รักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	NA	NA	NA
หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดใหม่ ที่ใช้วัดคุณภาพการรักษา					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com				

	<p>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรสาร : 0 2591 8279</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9959 4499 E-mail: eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ		
ระดับการวัดผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ		
คำนิยาม	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร		
เกณฑ์เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากฐานข้อมูลปี พ.ศ.2560 : 28 ต่อแสนประชากร)			
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	26 ต่อแสนประชากร	25 ต่อแสนประชากร	24 ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน
	-	-	-
			26
ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน
	-	-	-
			25

ปี 2564:						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	-	-	-	24		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย					
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	27.8 (2557)	ต่อประชากร แสนคน	28.6	26.55	26.44	20.92 (9 เดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เกรียงไกร เสงี่ยมศรี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9999 ต่อ 30920 โทรสาร : 02-591-9972 E-mail : KK_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 085-959-4499 โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352</p>					

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	29. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และ มะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ชิ้นเนื้อวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ชิ้นเนื้อวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก(การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ชิ้นเนื้อวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

	<p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>- ในกรณีไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</p> <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65

วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยน์โรคนำมาซึ่งการรักษาอื่นๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย

	<p>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</p> <p>3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดชิ้นเนื้อให้การรักษามะเร็ง</p>																				
แหล่งข้อมูล	<p>1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)</p> <p>2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</p>																				
รายการข้อมูล	<p>$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>																				
รายการข้อมูล 2	<p>$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$</p> <p>$(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$</p> <p>$(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$</p>																				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4																				
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td> <td>-</td> <td>70</td> <td>-</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>-</td> <td>70</td> <td>-</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>-</td> <td>60</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>		ปี 2562	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60
ปี 2562	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70																	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60																	

ปี 2563	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60

ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	75	-	75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	65	-	65

วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	75.66	78.83	78.99
	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65	81.17	81.89
	รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรุฒิ อิมสำราญ		ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์		โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com		
	2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักกึ่งพิเศษระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	12. โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr		
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ● eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) 		
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	66%	66%	66%
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189, E102, E112, E122, E132, E142, I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน ● โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 		
แหล่งข้อมูล	HDC		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	66%	66%	66%		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	66%	66%	66%		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	66%	66%	66%		
หมายเหตุ : ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน					
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			63.3	63.6	62.8
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข		หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		

	<p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>พ.ญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6469469 E-mail : wpichaiw@hotmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี</p> <p>กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน										
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85		
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4										
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2562:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85								

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล : ตามตารางท้าย KPI Template

เอกสารสนับสนุน : Vision 2020 thailand

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิด บอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	ร้อยละ	80.5	84.12	84.59

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
 นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532
 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)
 โปรแกรม vision 2020 thailand

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวิมล อุตตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334
 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์
2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6352 โทรศัพท์มือถือ : 0 8595 94499
 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com
 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์
3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59
 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต, ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	32. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล								
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย ● จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร) <p>หมายเหตุ : (ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.8 : 100</td> <td>0.9 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100							
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยในช่วงปีงบประมาณ 2562 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2561								
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (อวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายทุกรายในประเทศไทย จะต้องถูกจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยเท่านั้น และกาชาดจะ 								

	<p>เป็นผู้รายงานจำนวน actual donor ในแต่ละปีให้กับ WHO จึงต้องถือรายงานของกาชาดเป็นมาตรฐาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> • กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2561 																											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)																											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561																											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ																											
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2562:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.2 : 100</td> <td>0.4 : 100</td> <td>0.6 : 100</td> <td>0.8 : 100</td> </tr> </table> <p>ปี 2563:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.225 : 100</td> <td>0.45 : 100</td> <td>0.675 : 100</td> <td>0.9 : 100</td> </tr> </table> <p>ปี 2564:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.25 : 100</td> <td>0.5 : 100</td> <td>0.75 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100																									
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ																											
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
			2558	2559																								
			0.31	0.30																								
			0.45																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภาค โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์</p>		<p>นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : jibpat@yahoo.com</p>																									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต โทรศัพท์มือถือ 092-6822755 กองบริหารการสาธารณสุข กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุข E-mail : w-wunchai@hotmail.com</p>																									

	<p>นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภาค โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619</p> <p>รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์ กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : jibpat@yahoo.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)								
คำนิยาม	ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	22	24
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
20	22	24							
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย								
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ติด ที่รับบริการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)								

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20	20	20

ปี 2563:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
22	22	22

ปี 2564:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
24	24	24

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
18	19	20	21	22

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ			

หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ. อังกูร ภัทรากกร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- นพ. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

	<p>3. นพ. อัครพล ศุภศาสตร์ รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์ภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมวัดกรรมสุภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ</p> <p>5. นางอรพิน ทนันชิตี นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	<p>ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข กรมการแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)								
คำนิยาม	ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 -3 และผู้เสพยา (Abuse) คะแนน 4 - 26								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>42</td> <td>44</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	40	42	44
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
40	42	44							
วัตถุประสงค์	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาติดยาเสพติด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดของประเทศ (บสต.)								
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว								
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาติดยาเสพติด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)								
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2562:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>40</td> <td>40</td> </tr> </table>			รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	40	40	40
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
40	40	40							

ปี 2563:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
42	42	42

ปี 2564:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
44	44	44

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
38	39	40	41	42

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate)	ร้อยละ			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ. อังกูร ภัทรการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นพ. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
3. นพ. อัครพล ศุภศาสตร์ รองผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

	<p>4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์ภักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ</p> <p>5. นางอรพิน ทนันทิติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับ ส่วนกลาง)	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางระเปียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)																			
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)																			
โครงการที่	16.การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)																			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และประเทศ																			
ชื่อตัวชี้วัด	35.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) <u>ตัวชี้วัดรอง</u> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20																			
คำนิยาม	<p>การบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คำย่อ</th> <th>คำเต็ม</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BI</td> <td>Barthel ADL index</td> <td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td> </tr> <tr> <td>IMC</td> <td>Intermediate care</td> <td>การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง</td> </tr> <tr> <td>IPD</td> <td>In-patient department</td> <td>หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา</td> </tr> <tr> <td>Stroke</td> <td>Cerebrovascular accident</td> <td>การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64</td> </tr> <tr> <td>TBI</td> <td>traumatic brain injury</td> <td>การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภัยอันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069</td> </tr> </tbody> </table>		คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20	IMC	Intermediate care	การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา	Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64	TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภัยอันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย																		
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20																		
IMC	Intermediate care	การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง																		
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา																		
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64																		
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภัยอันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069																		

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจาก ภัยอันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบ ขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน 5. ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด)</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p>ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p>

	<p>2. นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <p>4. แพทย์หญิง วิชณี ธงทอง โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ Email: Peed.pr@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email: jurairat_jaa@hotmail.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email: vichyrehab@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินต์ อดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรสาร : 02-965-9851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรสาร : 02-965-9851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรสาร : 02-591-8279</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-959-4499 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)							
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ							
ชื่อตัวชี้วัด	36. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery							
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทันทีหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการเนบทำยการรักษ การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>Diagnosis</th> <th>ICD-10 /ICD-9-CM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Inguinal hernia</td> <td> 53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® </td> </tr> </tbody> </table>		ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM	1	Inguinal hernia	53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®
ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM						
1	Inguinal hernia	53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®						

		<p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ®</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>53.2 Unilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.3 Bilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele	<p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p> <p>Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis</p>
3	Hemorrhoid	<p>49.4 Procedures on hemorrhoids</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure</p>
4	Vaginal bleeding	<p>68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus</p> <p>68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiaeLysis of intraluminal uterine adhesions</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage, Hysteroscopic endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus</p> <p>Uterine myomectomy</p>
5	<i>Esophagogastric varices</i>	<p>185.0 Oesophagealvarices with bleeding</p> <p>185.9 Oesophagealvarices without bleeding</p> <p>186.4 Gastric varices</p>

	(Esophageal varices, Gastric varices)	<p>I98.2* Oesophagealvarices without bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>I98.3* Oesophagealvarices with bleeding indiseases classified elsewhere</p> <p>42.33 Esophageal varices by endoscopic approach</p> <p>43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach</p> <p>44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p>
6	Esophageal-Gastric Stricture	<p>44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site</p> <p>44.92 Dilation of esophagus Dilation od cardiac Sphincter</p>
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	<p>C15.-Malignant neoplasm of oesophagus</p> <p>C16.-Malignant neoplasm of stomach</p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus</p> <p>42.81 Insertion of permanent tube into esophagus</p>
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	<p>D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon</p> <p>K63.5 Polyp of colon</p> <p>K62.0 Anal polyp</p> <p>K62.1 Rectal polyp</p> <p>45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine</p> <p>45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding</p>
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	<p>K800:Calculus of gallbdr w ac cholecystitis</p> <p>K801:Calculus of gallbdr w othcholecystitis</p> <p>K802:Calculus of gallbdr w/o cholecystitis</p> <p>K803:Calculus of bile duct w cholangitis</p> <p>K804:Calculusof bile duct w cholecystitis</p> <p>K805:Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis</p>

		<p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p>
10	<i>Pancreatic ductstone</i>	<p>K86.8 Other specified diseases of pancreas: Calculus</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct</p> <p>52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct</p>
11	<i>Bile duct stricture</i>	<p>C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma: Cholangiocarcinoma</p> <p>C23 Malignant neoplasm of gallbladder</p> <p>C24.-Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract</p> <p>C25.- Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus</p> <p>K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without Calculus</p> <p>K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus</p> <p>K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p>
12	<i>Pancreatic duct stricture</i>	<p>C25.- Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis</p> <p>K86.1 Other chronic pancreatitis</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive</p>

		system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreaticdrainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
--	--	---

หมายเหตุ : รวบรวมจากเพิ่มจาก 12 โรคเดิม (รพผลการพิจารณาจากที่ประชุม สปสช.)

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 25		ร้อยละ 25

ปี 2564 :																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน													
		ร้อยละ 30		ร้อยละ 30													
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)																
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>36.34 (ข้อมูล 9 เดือน)</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	-	ร้อยละ	NA	NA	36.34 (ข้อมูล 9 เดือน)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2559	2560	2561													
-	ร้อยละ	NA	NA	36.34 (ข้อมูล 9 เดือน)													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2917 8917 E-mail : kityimpan@gmail.com โรงพยาบาลพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรศัพท์มือถือ : 081 967 4148 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑตติกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรศัพท์มือถือ : 081 941 7746 E-mail : wibunphantha@yahoo.com โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา</p>																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>																

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โทรศัพที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพที่มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวบัณฑิตา ภูพวก นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพที่ทำงาน : 0 2590 6330 โทรศัพที่มือถือ : 09 5954 9878 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail :bantita_1993@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : sp.dms57@gmail.com สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพที่มือถือ : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>
---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2	ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง 2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3	เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

	<p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย			
อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8			
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 12			

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1			
1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80			
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 80	-	-	
1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60			
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 60	-	-	

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2			
2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100			
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 100	-	-	
2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45			
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 45	-	-	

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนา คุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ्हันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>HDC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด

รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1	ตัวชี้วัดรอง ตัว ที่ 1.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2
A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.	A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)}	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพ
B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ	B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)	B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินใน
โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 15%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 12%

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 60

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 10

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
 ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่
 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24
 ชั่วโมง
 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน
 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด
 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร การฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง
 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน
 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="545 235 1465 454"> <thead> <tr> <th data-bbox="545 235 730 338">Baseline data</th> <th data-bbox="730 235 914 338">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="914 235 1465 286">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th data-bbox="914 286 1098 338">2559</th> <th data-bbox="1098 286 1281 338">2560</th> <th data-bbox="1281 286 1465 338">2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td data-bbox="730 338 914 454">ร้อยละ</td> <td data-bbox="914 338 1098 454">N/A</td> <td data-bbox="1098 338 1281 454">N/A</td> <td data-bbox="1281 338 1465 454">11.89</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2559	2560	2561		ร้อยละ	N/A	N/A	11.89				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2559	2560	2561																
	ร้อยละ	N/A	N/A	11.89																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com กรมการแพทย์</p>																			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>2. นายสโรช จินดาวณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599 โทรสาร : 02-5901853 Email: maxjung_woo@hotmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>3. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829 โทรสาร : 02-5901853 E-mail : m.b.parichat@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>4. นางสาวพิมลมาส คุ่มชุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945 โทรสาร : 02-5901853 E-mail : pepimolmas11@gmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>																			

	<p>5. นายอัครเดช เป็งจันทา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702 Email: akaradhp@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรสาร : 02-3547084</p> <p>สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์</p> <p>3. น.พ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p> <p>4. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384 E-mail : teerachai.y@gmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830 E-mail :kveerasarn@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothesamutr@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com</p>

หมวด	Services Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน								
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22</td> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24</td> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับ A , S และ M1 สังกัด สธ. ในระบบรายงาน PA ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 								
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ.								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2562 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มามีด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24		
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	80,522	98,732	106,739
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	526,961	521,422	384,173
	13.23	ร้อยละ	15.28	18.94	27.78
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรสาร : 02-8721603		ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089 0361669 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th		
	2. นายสุวัชร อภิญานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรสาร : 02-8721603		พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน) งานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8321669 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th		
	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรสาร : 02-8721603</p> <p>2. นายสุวัชร อภิญานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรสาร : 02-8721603</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089 0361669 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th</p> <p>พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน) งานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8321669 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th</p>
---	---	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ								
โครงการที่	1. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	39. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน								
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 4. มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข 5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <p>พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย พื้นที่มีมลพิษทางอากาศ พื้นที่คาดว่าจะเกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ และพื้นที่ที่ประชาชนมีโอกาสได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์อนามัย (ศอ.) เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และสำเนา ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) 3. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค 4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข 								

แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลารายงาน	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2561, มีนาคม 2562, มิถุนายน 2562, กันยายน 2562)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจง แนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพแก่หน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการ ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ แก่หน่วยงาน สาธารณสุข/ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการ ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ แก่หน่วยงาน สาธารณสุข/ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) <ol style="list-style-type: none"> ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต ส่วนกลาง (กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค) สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ 		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) และคู่มือการใช้งานระบบฯ แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คำแนะนำการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด <ol style="list-style-type: none"> โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข 		

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีการสำรวจ จัดทำ หรือปรับปรุงฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วนถูกต้องและทันสมัย</p> <p>1.2 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้)</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ข้อ 1.1-1.2)</p> <p>1.3 มีการสื่อสารข้อมูล สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ให้แก่ประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ข้อ 1.1-1.3)</p> <p>1.4 มีการนำสถานการณ์ปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่ ไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการจัดการปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่</p>
2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>2.1 มีการเฝ้าระวัง (รวบรวม วิเคราะห์ รายงาน) ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>2.2 มีรายงานผลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>2.3 มีทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 ทีมต่อจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ข้อ 2.1-2.3)</p> <p>2.4 นำข้อมูลผลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพไปใช้จัดการปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมอย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>2.5 มีการสอบสวนโรค หรือ ฝึกปฏิบัติการสอบสวนโรค ของทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี</p> <p>2.6 มีการร่วมตรวจประเมินการให้บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ระหว่าง สสจ. คอ. และ สคร.</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ข้อ 2.1-2.6)</p> <p>2.7 มีระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>2.8 มีการสอบสวนโรค หรือ ฝึกปฏิบัติการสอบสวนโรค ของทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี</p> <p>2.9 เป็นการเฝ้าระวังที่คุ้มครองสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 80 ในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>
3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด		
<p>3.1 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยใช้กลไกระดับจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่</p> <p>3.2 มีการดำเนินงาน ตามแผน ข้อ 3.1</p>	<p>3.1 มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยใช้กลไก คสจ. ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่</p> <p>3.2 มีการดำเนินงาน ตามแผน ข้อ 3.1</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ข้อ 3.1-3.4)</p> <p>3.5 มีการถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านกลไก คสจ.</p> <p>3.6 มีแผนการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านกลไก คสจ.</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
3.3 มีสรุปผลการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านกลไกระดับจังหวัด	3.3 มีสรุปผลการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านกลไก คสจ. 3.4 มีการประเมินผลการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านกลไก คสจ.	
4. มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข		
4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน 4.2 มีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่ (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.) (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ 4.3 ร้อยละ 55 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)	4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน 4.2 มีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่ (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.) (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ (3) โรงพยาบาลเอกชน (4) คลินิกเอกชน 4.3 ร้อยละ 65 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) 4.4 ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ มีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)	4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน 4.2 มีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่ (1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัดกรมวิชาการ และรพ.สต.) (2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ (3) โรงพยาบาลเอกชน (4) คลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์ 4.3 ร้อยละ 85 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) 4.4 ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ มีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)
5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) และมีการ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ข้อ 5.1-5.2) 5.3 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ข้อ 5.1-5.3) 5.4 ร้อยละ 60 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัย

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
ส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 5.3 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor) 5.4 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	สิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) 5.5 จังหวัดมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างน้อย 1 แห่ง ที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ครบทั้ง 9 ประเด็นงาน
6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม		
6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.2 ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ข้อ 6.1) 6.2 มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.3 ร้อยละ 60 ของตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ข้อ 6.1-6.2) 6.3 ร้อยละ 70 ของตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.4 ร้อยละ 5 ของตำบลมีชุมชนที่มีนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต, ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	40. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพร
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จของเกณฑ์วัดการพัฒนาเมืองสมุนไพรที่นำเกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร ซึ่งกำหนดโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประเมินระดับความสำเร็จ</p> <p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่เกิดการพัฒนาด้านภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของภาครัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>ปัจจุบันมีการดำเนินการโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรทั้งสิ้น 13 จังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงาน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินการนำร่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2560 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) และระยะที่ 2 ดำเนินการส่วนขยาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 ใน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>การประเมินระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพรจะวัดจากเกณฑ์ของการพัฒนาเมืองสมุนไพร โดยแบ่งเป็นต้นทาง กลางทาง ปลายทาง จำนวน 10 ข้อ ดังนี้</p> <p>ต้นทาง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก สมุนไพร

	<ol style="list-style-type: none"> 2. มีจุดรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี 3. จำนวนของเกษตรกรที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ 30 ราย 4. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แหล่ง <p><u>กลางทาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) 6. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ <p><u>ปลายทาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามแผน 8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 9. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 10. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) <p>การวัดผลสำเร็จ: ดำเนินการประเมินตามแบบประเมินเกณฑ์พัฒนาเมืองสมุนไพรตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด โดยจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 (8 ข้อใน 10 ข้อ) ในปี 2562</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้โครงการเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนแม่บท ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เขตพื้นที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพรจำนวน 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) 2. จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2) 3. จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) 4. จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) 5. จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) 6. จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) 7. จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) 8. จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) 9. จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) 10. จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) 11. จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) 12. จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) 13. จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร 2. การตรวจราชการและนิเทศงาน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 3. ข้อมูลจาก hdcservice.moph.go.th

	4. ข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตัวชี้วัดของเมืองสมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด		
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100
	Small success :		
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
1.มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก, ผู้จำหน่าย, ผู้แปรรูป/ผู้ประกอบการ 2.มีพื้นที่ดำเนินการปลูกสมุนไพรให้เป็น Organic อย่างน้อย 1 แห่ง 3.มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	1.มีการพัฒนาพันธุ์ต้นกล้าสมุนไพรที่มีคุณภาพ 2.มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และประชาสัมพันธ์ให้บรรลุเป้าตามแผน	1.มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์	1.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2.ร้อยละมูลค่าใช้จ่ายสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 3.มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่า

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบรายงานผลและการทำงาน</p>	<p>1. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : ppin1987@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>2. นางกรรณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 โทรสาร : 02-591-0218 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้า</p>

พนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับ	1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

		ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตาม ยุทธศาสตร์ 20 ปี)	กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	
2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบัน การผลิตและพัฒนาและเขต สุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการ ใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขต สุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ เขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่าง เหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) ให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การ พัฒนากำลังคนได้ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5	
5.การ ประเมินผล กระทบ ระบบการ บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับเขต/ ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรา การย้าย ลาออก ลดลง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5	

เกณฑ์เป้าหมาย:				
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64		
เขตสุขภาพ จำนวน 9 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์กรประกอบ	เขตสุขภาพ จำนวน 10 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์กรประกอบ	เขตสุขภาพ จำนวน 12 เขต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์กรประกอบ		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)			
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5		
ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน				
ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >, = 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >, = 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ >, = 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ >, = 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ >, = 4

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้						
1	2	3	4	5		
5 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	6 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	7 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5		
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :		นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	-	50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		สถาบันพระบรมราชชนก 1. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817 2. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1.ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817				

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้ายลาออกลดลง ในระดับเขต)

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)																																							
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	42. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																							
คำนิยาม	<p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแผนนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>จำนวนจังหวัด</th> <th>จังหวัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>8</td> <td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>8</td> <td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>8</td> <td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>7</td> <td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>4</td> <td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>5</td> <td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>7</td> <td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7</td> <td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ข้าราชการ 2.2 พนักงานราชการ 2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 2.4 ลูกจ้างประจำ 2.5 ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) <p>ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนน</p>	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																						
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																						
2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์																																						
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท																																						
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก																																						
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี																																						
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ																																						
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด																																						
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี																																						
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์																																						
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร																																						
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี																																						
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง																																						

เต็ม 100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย

3.1 มีข้อมูล คะแนนเต็ม 25 คะแนน

- 1) **ข้อมูล** หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ชื่อ - สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ
- 2) **รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ
- 3) **ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข
- 4) **มีข้อมูล** หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข

3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน

- 1) **ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด
- 2) **แผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวมและกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น
- 3) **มีแผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมีกิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2)

3.3 มีการดำเนินการตามแผน คะแนนเต็ม 25 คะแนน

- 1) **แผน** หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง
- 2) **การบริหารจัดการ** หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จจนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
- 3) **การสรรหาบุคคล** หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน
- 4) **มีการดำเนินการตามแผน** หมายถึง มีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่าง

ของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือ เทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการ และพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล

3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 คะแนนเต็ม 25 คะแนน

1) **กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี 2560 – 2564 ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

2) **การให้บริการทางการแพทย์** หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (มติ อ.ก.พ. กระทรวง ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561) ได้แก่

2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง

หมายถึง สายงานที่สรรหาคูคนมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่

1. นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฟื้นฟู
2. นักกิจกรรมบำบัด/จพ.อาชีวบำบัด
3. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์
4. นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์
5. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
6. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก
7. นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์

2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน ได้แก่

1. นายแพทย์
2. ทันตแพทย์
3. เภสัชกร
4. พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค
5. จพ.ทันตสาธารณสุข
6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
7. ช่างทันตกรรม
8. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข
9. แพทย์แผนไทย

10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์

3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น 2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71

4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------------|
| 1. มีข้อมูล | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 2. มีแผนบริหารตำแหน่ง | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 3. มีการดำเนินงานตามแผน | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| รวม 100 คะแนน | |

รายละเอียดการให้คะแนน :

1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน	10 คะแนน
2	มีการรายงานสถิติกำลังคน	5 คะแนน
3	มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ)	10 คะแนน
รวม		25 คะแนน

2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน	5 คะแนน
2	จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง	10 คะแนน
3	มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ	5 คะแนน
4	มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพทราบ (หนังสือเวียน/ประกาศ)	5 คะแนน
รวม		25 คะแนน

3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน	10 คะแนน	15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน
ไตรมาส 2	ร้อยละ 8	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5
ไตรมาส 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 3

4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง}}{\text{กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน	10 คะแนน	15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน
ไตรมาส 4	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69	ร้อยละ 70	ร้อยละ 71

แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เขต สุขภาพ	การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ						
	มีข้อมูล (25 คะแนน)	มีแผน บริหาร ตำแหน่ง (25 คะแนน)	มีการดำเนินงาน ตามแผน (25 คะแนน)	บุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ $\geq 71\%$ (25 คะแนน)	รวม (100 คะแนน)	ผ่าน ($\geq 70\%$) /	ไม่ผ่าน ($< 70\%$) X
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
รวม							

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (\geq ร้อยละ 70 ของจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ได้คะแนนมากกว่า 70 คะแนน))				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่งและมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากร	ร้อยละ	2559	2560	2561
			-	-	73.68

	<table border="1"> <tr> <td>สาธารณสุข เพียงพอ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นละ 73.68 โดยคำนวณจากจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอตามกรอบอัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จำนวน 59 จังหวัด เทียบกับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด</p>	สาธารณสุข เพียงพอ				
สาธารณสุข เพียงพอ						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com</p> <p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นายพรชัย ปอสูงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858</p> <p>2. นายธนรัตน์ ชูสม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858</p> <p>3. นางสาวภัทรพร อิมจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 E-mail : hrmoph@gmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : hrmoph@gmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : hrmoph@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติราชการและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355</p> <p>2. นายวิฑูรย์ หอมดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355</p> <p>3. นางสาวมินตรา จิรมงคลโรจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pink1327@hotmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nonglom@hotmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : mintra.jiramongkonrod@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจิตาภรณ์ จันทร์สูตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรสาร : 02-5901344</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com</p>					

	<p>2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901344</p> <p>3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901344</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 – 8864662 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662 E-mail hrmd.strategy@gmail.com</p>
--	--	---

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)								
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ								
โครงการที่	2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)								
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ชั้นได้แก่</p> <p>ชั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)</p> <p>ชั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)</p> <p>ชั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข</p> <p>ชั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข</p> <p>ชั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90							
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>การทำแบบประเมิน Happinometer : บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) <p>การทำแบบประเมิน HPI : บุคลากรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน โดยหน่วยงานประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. 								

	4. รพศ. 5. รพท. 6. รพช. 7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms		
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน	1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) 2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาพองค์กร (HPI)		
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer	A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI	A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI) B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1)		
แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2)		
แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3) ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4)		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผน	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม	มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง

2. ร้อยละ 70 ของหน่วยงาน ในจังหวัด/กรม มีการ ประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)	ขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข		
--	---------------------------------	--	--

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบ ประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบ ประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Happinometer	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometer ไปใช้				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2559	2560	2561
			-	78.84	71.9 (9 เดือน)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน HPI	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2559	2560	2561
			-	62.18	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรสาร : 02-5918628</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : bps.pavinee@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>3. นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>4. นางสาวรัชชก พิมพ์สะอาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : bps.pavinee@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 085-1273438 E-mail : j.kaampou@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 080-4818387 E-mail : mook_0507@hotmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI

จังหวัด.....

หน่วยงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer					ผลการวิเคราะห์ HPI
	เพศ	อายุ	สายงาน	ความสุจริต มิติ	อื่น ๆ	

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3
 ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม
 มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ
 จังหวัด.....

หน่วยงาน	องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข			ผลการดำเนินงานตามแผน			ปัญหา/อุปสรรค
	ผลวิเคราะห์ Hppinometer	ผลวิเคราะห์ HPI	ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน (เช่น อัตรากำลังกลุ่ม)	ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ปรับแผน	

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4

มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง
(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ 4)

จังหวัด.....

หน่วยงาน.....

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ

Excellent Happy Workplace Assessment (EHWA)

ชื่อองค์กร.....

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดต่อข้อความ
ในแต่ละข้อ โดยแต่ละระดับของผลการประเมินมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 หมายถึง เห็นด้วย
3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0 หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข						
หมายถึง ผู้บริหารได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร						
1.1) ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรือมีนโยบายที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกระดับ						
1.2) ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
1.3) ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.4) ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.5) ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองคน ครองตน และครองงาน)						
รวม						

อริวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, ศรีล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากร โดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร						
2.1) องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารงานให้เอื้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
2.2) องค์กรมีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของพนักงาน เช่น การทักทาย การไหว้ การยิ้ม การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
2.3) องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน						
2.4) องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด						
2.5) องค์กรมีการพัฒนากระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมในการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

อริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, ศรีล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 3 การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาพ

พิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 3 การจัดการความรู้ หมายถึง องค์กรมีการจัดการความรู้ในการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย และสามารถถ่ายทอดแก่บุคคลทั้งในและนอกองค์กร ผ่านสื่อต่างๆ ได้						
3.1) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงานและเรียนรู้จากแนวการปฏิบัติที่ดีจากหน่วยงานอื่นนำมาประยุกต์ใช้						
3.2) องค์กรมีกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลสู่บุคคล หรือ จากบุคคลสู่สื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กร						
3.3) องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
3.4) องค์กรมีพนักงานสามารถถ่ายทอดทักษะการทำงานและปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้						
3.5) องค์กรมีช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายช่องทางตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น การอบรม การสอนงาน การส่งบุคลากรไปอบรมต่างๆ						
รวม						

อริวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, ศรีล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไรสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเองมีคุณลักษณะอย่างไร						
4.1) พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
4.2) พนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ และมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
4.3) พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุขที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
4.4) พนักงานมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

อริวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, ศรัล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข

พิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิตภาพรวมขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข หมายถึง ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างสุขในองค์กรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานไปในทิศทางที่ดีขึ้น						
5.1) พนักงานมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร						
5.2) พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กร						
5.3) พนักงานมีความสุขในการทำงาน						
5.4) องค์กรได้รับรางวัล/การเชิดชู/ยกย่องจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร						
5.5) องค์กรมีผลการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา						
รวม						

สรุปผลการประเมิน

มิติที่	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การนำองค์กรแห่งความสุข	5	25	
2. กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	5	25	
3. การจัดการความรู้ในองค์กร	5	25	
4. การมุ่งเน้นบุคลากร	4	20	
5. ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	25	
รวม	24	120	

อริวัฒน์ เจียววรรณกุล, ศรัล ขุนวิทย์ และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)								
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส								
ระดับการวัดผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA								
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุค/ปลุคจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90							

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน					
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนน	80–100	60–79.99	40–59.99	20–39.99	0–19.99
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561</p> <p>2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB 1 – EB 26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>				
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

	หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)
--	--

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	80	85	90

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)

Small Success :

ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 1- EB 4) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี
---	---	--	---

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1 – EB 4

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
EB 1	-	EB 2	-	EB 3-EB 4

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 1
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 2
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 3-4

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

	<p>โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="587 170 1380 286"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="587 566 1380 680"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	70	75	80	85	90	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	70	75	80	85	90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																					
70	75	80	85	90																					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																					
70	75	80	85	90																					
เอกสารสนับสนุน :	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																						
			2559	2560	2561																				
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	94.12 ผ่าน 80 หน่วยงาน (85 หน่วยงาน)	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน)	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน)																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com</p>																								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com</p>																								

	2.นางสาวศุทธิณี นิลคง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
	โทรศัพท์ : 0 2590 1330	โทรศัพท์มือถือ : 09 8268 0408
	โทรสาร : 0 2590 1330	E-Mail : sutthinee.ninkhong@gmail.com
	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการวัดผล	เขต/จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 คำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดำเนินการหมวด 2 กับหมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5 <table border="1" data-bbox="715 1344 1251 1630"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5 (Maintain)</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5 (Maintain)	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5 (Maintain)												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	<ol style="list-style-type: none"> 5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้ความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) 6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ 7. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 8. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน 9. ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ 								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับหน่วยงาน</th> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> </tr> <tr> <td>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> </tr> <tr> <td>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)
ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562								
1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)								
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)								
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด								
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด								
รายการข้อมูล 5	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								

รายการข้อมูล 6	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ส่วนราชการจัดทำ รายงานลักษณะสำคัญ ขององค์การ ครบ 13 คำถามภายในระยะ เวลาที่กำหนด	1.ส่วนราชการส่งรายงาน ผลการดำเนินงาน แผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	1.ส่วนราชการส่งรายงาน ผลการดำเนินงาน แผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	1.กองในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขส่วนกลาง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
2.ส่วนราชการมีผล ประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับ เกณฑ์ฯ หมวด 2 กับ หมวด 4 ภายใน ระยะเวลาที่กำหนดและ คงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5	2.ส่วนราชการส่ง รายงานผลการ ดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	2.ส่วนราชการส่ง รายงานผลการ ดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	2.สำนักสาธารณสุข จังหวัดดำเนินการผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
3.ส่วนราชการจัดทำ แผนพัฒนาองค์การ หมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลา ที่กำหนด			3.สำนักสาธารณสุข อำเภอดำเนินการผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40)
4.ส่วนราชการกำหนด ตัวชี้วัดหมวด 2 กับ หมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่ สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่ กำหนด			

วิธีการประเมินผล :

ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																							
1	<p>ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.20 คะแนน</th> <th>0.40 คะแนน</th> <th>0.60 คะแนน</th> <th>0.80 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม								
เกณฑ์การให้คะแนน																								
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน																				
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																				
2	<p>ส่วนราชการประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หมวด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.10 คะแนน</th> <th>0.20 คะแนน</th> <th>0.30 คะแนน</th> <th>0.40 คะแนน</th> <th>0.50 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด 2</td> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> <tr> <td>หมวด 4</td> <td>6 คำถาม</td> <td>8 คำถาม</td> <td>10 คำถาม</td> <td>12 คำถาม</td> <td>14 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.10 คะแนน (interval)</p>	หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน					0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	หมวด 2	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม	หมวด 4	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม
หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน																			
หมวด 2	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																			
หมวด 4	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม																			
3	<p>ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>มีแผน 1 หมวด</td> <td>มีแผน 2 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	2562	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	0.50 คะแนน	1 คะแนน																						
2562	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด																						
4	<p>ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562</p>																							

	<p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval)</p> <table border="1" data-bbox="699 208 1445 600"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0.10 คะแนน</th> <th>0.20 คะแนน</th> <th>0.30 คะแนน</th> <th>0.40 คะแนน</th> <th>0.50 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด 2</td> <td>1 ตัวชี้วัด</td> <td>2 ตัวชี้วัด</td> <td>3 ตัวชี้วัด</td> <td>4 ตัวชี้วัด</td> <td>5 ตัวชี้วัด</td> </tr> <tr> <td>หมวด 4</td> <td>1 ตัวชี้วัด</td> <td>2 ตัวชี้วัด</td> <td>3 ตัวชี้วัด</td> <td>4 ตัวชี้วัด</td> <td>5 ตัวชี้วัด</td> </tr> </tbody> </table> <p>5 ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <table border="1" data-bbox="699 772 1445 1339"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระยะเวลา</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>- 0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 12 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน 4</p>	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	หมวด 2	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	5 ตัวชี้วัด	หมวด 4	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	5 ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน		- 0.50 คะแนน	1 คะแนน	รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62	รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62	รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62	รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62
ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน																																								
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน																																				
หมวด 2	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	5 ตัวชี้วัด																																				
หมวด 4	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	5 ตัวชี้วัด																																				
ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน																																								
	- 0.50 คะแนน	1 คะแนน																																							
รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62																																							
รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62																																							
รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62																																							
รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62																																							
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																																								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2559	2560	2561
	ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ ของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	กอง ส่วนกลาง	ระดับ	-	-	N/A
	สสจ.	ระดับ	-	-	N/A	
	สสอ.	ระดับ	-	-	N/A	
หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บ ข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุวรรณา เจริญสวรรค์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038		โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052			
	โทรสาร: 02-5901406		E-mail: oeysuwanna@gmail.com			
	2. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038		โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277			
	โทรสาร: 02-5901406		E-mail: lkung1038@gmail.com			
	3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ:			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963		085-3652444			
	โทรสาร: 02-5901406		E-mail: a.deethongon@gmail.com			
	4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963		โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954			
	โทรสาร: 02-5901406		E-mail: trekrittka@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการกรรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางภารวี แก้วพันทนา		ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		โทรศัพท์ที่	
	โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079		ทำงาน: 02-5901018			
	โทรสาร: 02-5901406		E-mail: Paravee.kpr@gmail.com			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)															
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ															
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)															
ระดับการวัดผล	เขต															
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3															
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 															
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายละเอียด</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td>2. โรงพยาบาลชุมชน</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>				รายละเอียด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64													
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100													
2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90													
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>															

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 															
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit															
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง															
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit															
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> $(A/B) \times 100$ $(C/D) \times 100$ 															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562)															
เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</td> <td>ร้อยละ 97.00</td> <td>ร้อยละ 98.00</td> <td>ร้อยละ 99.00</td> <td>ร้อยละ 100.00</td> </tr> <tr> <td>โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ร้อยละ 87.00</td> <td>ร้อยละ 88.00</td> <td>ร้อยละ 89.00</td> <td>ร้อยละ 90.00</td> </tr> </tbody> </table>		ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00	โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00												
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00												
วิธีการประเมินผล:	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 															

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 86.00	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

เงื่อนไข :

1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ

กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน และเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)

2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง

(ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)

(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)

2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ

3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เอกสารสนับสนุน :

- จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	ร้อยละของโรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิตมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36	ร้อยละ 83.64	ร้อยละ 99.39
	ร้อยละของโรงพยาบาล ชุมชนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 69.40	ร้อยละ 69.49	ร้อยละ 62.31	ร้อยละ 85.75
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุกสรรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>4. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>					<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755 E-mail : w-wunchai@hotmail.com</p>

	<p>1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรสาร : 02 -591-8234</p> <p>2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรสาร : 02 -591-8234</p> <p>3 นางสาวกัลยณัฏฐ์ วงษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรสาร : 02-591-8234</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268</p> <p>2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ สุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533</p> <p>2. น.ส.ชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรสาร : 02-149-5533</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695 E-mail : trodjana@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : -</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 083-139-673 E-mail : sidarama4@gmal.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร :</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p>

	<p>โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>4. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332</p> <p>E-mail : chittima2197@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869</p> <p>E-mail : siwaporn,moph@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755</p> <p>E-mail : w-wunchai@hotmail.com</p>
--	--	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11.การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัด	47.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว			
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 -69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80ขึ้นไป เท่ากับ 5ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :	<p>1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100</p> <p>2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)</p>			
	กระบวนการ	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	Accreditation	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
	Re-accreditation	-	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62 ร้อยละ 100
			ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63 ร้อยละ 100	

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,820 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2560 และ ปี 2561)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ		
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม) B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว(สะสม) C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว (สะสม)		
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (9,806 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3-4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก) 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2562	1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 80 (สะสม)
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

ปี 2565:																		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิต ดาว ร้อยละ 100 (สะสม)															
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต																	
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดิตดาว																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4,987 แห่ง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>17.13</td> <td>50.85</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	4,987 แห่ง	ร้อยละ	-	17.13	50.85
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2559	2560	2561														
4,987 แห่ง	ร้อยละ	-	17.13	50.85														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937																	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937																	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)								
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล								
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดีังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ไม่น้อยกว่า 30 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 35 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 40 %</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %							
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข								
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย								
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายทุกสาเหตุ (คน)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการตายไม่ทราบสาเหตุ (คน)								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย								
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4								

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
คำนิยาม	<p>Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p> <p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ</p> <p>ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ 2 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 Smart Tools : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้ระบบดิจิทัลเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร อย่างน้อยต้องมี 2 ระบบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคิวในรูปแบบดิจิทัล อย่างน้อย 1 รูปแบบ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - รับสลิปหรือบัตรแสดงลำดับคิว ด้วยตนเองได้จากระบบดิจิทัล - แสดงหมายเลขคิวที่เรียกในหน้าจอทีวี ตามจุดพักรอคอยที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ เช่น โรงอาหาร สวนพักผ่อน - แจ้งเตือนลำดับการเรียกคิว ผ่านโทรศัพท์มือถือ - นัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ (Queue Online) ผ่านช่องทาง Internet เช่น เว็บไซต์โรงพยาบาล , Line Application (เช่น MoPH Connect) , Mobile Application (เช่น H4U , Hygge) <p>เพื่อลดความแออัดในบริเวณหน้าห้องตรวจและแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ลดความเครียดระหว่างการรอคอยรับบริการ ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วย</p>

2. มีผลสำเร็จของการทดสอบการเปิดช่องทาง API (HIS Gateway) จากระบบ HIS ของ รพ. ไปยัง Server กลางที่ Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ระบบเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือ API (Application Programming Interface) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการรับเข้า-ส่งออกข้อมูลการแพทย์และสุขภาพจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS : Hospital Information System) เช่น HIS Gateway

[โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง 2 ระบบ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1]

ระดับ 2. Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่น ๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น

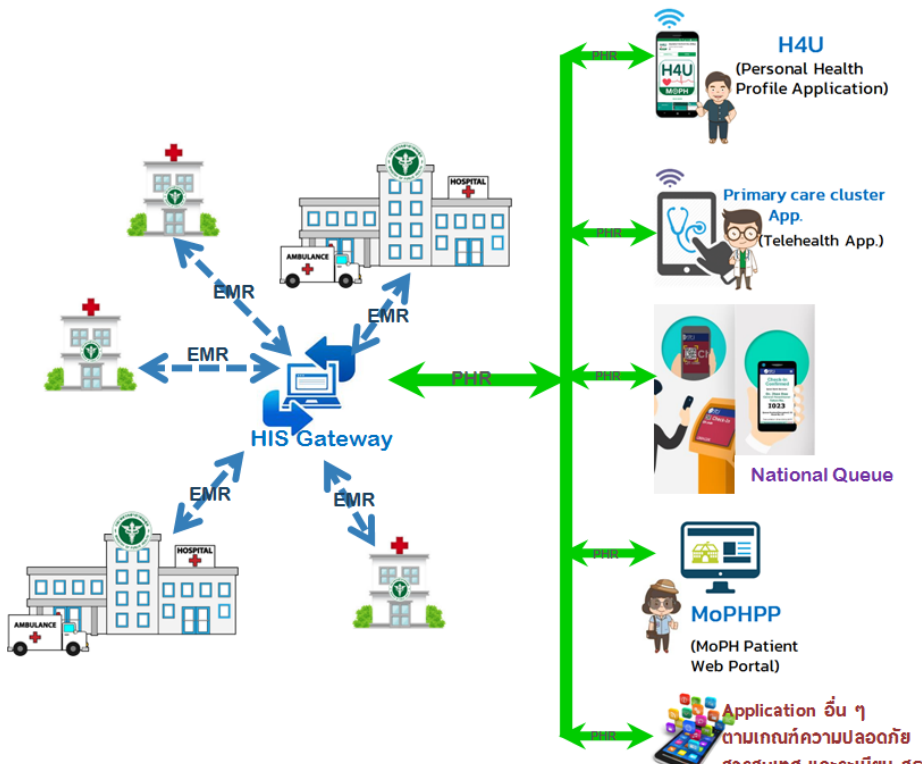
- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (แพทย์ที่ออกตรวจ OPD ทุกแผนกทำการบันทึกสั่งจ่ายยาลงในระบบ HIS ด้วยตนเอง ณ ห้องตรวจ อนุโลมให้เจ้าหน้าที่ OPD ช่วยบันทึกได้)
- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ

[โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องดำเนินการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2]

เกณฑ์เป้าหมาย :

วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ในระดับจังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมด			
	ร้อยละ 50 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 70 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 85 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 100 ของ รพช. ทั้งหมด
	ร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 85 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 100 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital 
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลตอบแบบประเมินตนเองออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร https://ict.moph.go.th (แจ้งผ่านทาง Line กลุ่ม Admin สสจ.) 2. รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน) http://healthkpi.moph.go.th
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 3. สำนักงานเขตสุขภาพ 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทั้งหมด B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมสุขภาพจิต (20 แห่ง) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมควบคุมโรค (2 แห่ง) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมการแพทย์ (30 แห่ง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รพศ./รพท./รพช. : ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน) รพ. สังกัด กรม : ไตรมาส 4 (12 เดือน)			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพ. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1. รพ. สังกัด สป. - รพศ./รพท. 116 แห่ง - รพช. 781 แห่ง 2. รพ. สังกัดกรมวิชาการ ได้แก่ - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต - กรมควบคุมโรค รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital	ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป
	ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด	ร้อยละ 60 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด
	ร้อยละ 20 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด	ร้อยละ 35 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด	ร้อยละ 50 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด	ร้อยละ 50 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด
			ร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด ในสังกัด	ร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด ในสังกัด
วิธีการประเมินผล :	1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเอง 2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ			
เอกสารสนับสนุน :	1. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมกลางเพื่อการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพ (Implementing API for Health Information Exchange) 2. เอกสารประกอบการอบรมคู่มือ MOPH Connect Smart Queue (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.) 3. แบบสอบถาม Digital Transformation (Online - Google Form)			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>Project Manager</p> <p>1.นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรสาร : 025918565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.</p> <p>2.นายแพทย์เลอศักดิ์ ลีณะนิธิกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรสาร : 025901215 รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>Smart Tools:</p> <p>นางกนกวรรณ มาป๋อง โทรศัพท์ที่ทำงาน :025902185 ต่อ 414 โทรสาร : 025901215 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>Smart Service :</p> <p>นายสัมฤทธิ์ สุขทวี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรสาร : 025901215 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>Smart Tools:</p> <p>1.เดือนเพ็ญ โยเฮียง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรสาร : 025918565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	<p>PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยขยายความได้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ • บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค • บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน • บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการทักคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน <p>ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล</p> <p><i>(อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)</i></p> <p>Application PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กระทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.	ทีม PCC จำนวน 204 ทีม ของ 12 จังหวัดนำร่อง (เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด)	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) • เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเอง • เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย • เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม PCC (ทีมหมอครอบครัว) ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศทส. สป.สธ. ตรวจสอบการใช้ App. PCC จาก Log File Server 2. สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2. โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ. 4. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) 5. สำนักงานเขตสุขภาพ 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีม PCC ที่มีการใช้ app. PCC Link (เฉพาะจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด)			
รายการข้อมูล 2	B = 204 ทีม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3, 4 (9, 12 เดือน)			

เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application สำหรับ PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p> <p>2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด เป็น PCC นำร่อง</p>	<p>1. มีการพัฒนา Application สำหรับ PCC</p> <p>2. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application สำหรับ PCC ให้แก่ Admin ของจังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ เชียงราย เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร ปทุมธานี กาญจนบุรี ฉะเชิงเทรา กาสสินธุ์ เลย สุรินทร์ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ตรัง</p> <p>3. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application สำหรับ PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p>	<p>ร้อยละ 50 ของจำนวนทีม PCC ทั้งหมดในจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด มีการใช้ app. PCC Link</p> <p>จำนวนทีมทั้งหมด:-</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เชียงราย 21 ทีม 2. เพชรบูรณ์ 14 ทีม 3. กำแพงเพชร 27 ทีม 4. ปทุมธานี 14 ทีม 5. กาญจนบุรี 14 ทีม 6. ฉะเชิงเทรา 15 ทีม 7. กาสสินธุ์ 12 ทีม 8. เลย 7 ทีม 9. สุรินทร์ 10 ทีม 10. อุบลราชธานี 37 ทีม 11. สุราษฎร์ธานี 17 ทีม 12. ตรัง 16 ทีม 	<p>ร้อยละ 100 จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ในจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด มีการใช้ app. PCC Link</p>
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตอบแบบสำรวจการใช้ Application สำหรับทีมหมอครอบครัว (Online - Google Form) 2. ตรวจสอบจาก Log File ของ Application PCC Link 3. สอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ใช้งานจริง 		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารประกอบการประชุม MOPH CIO Conference (ผ่าน VDO Conference) ครั้งที่ 3/2562 วาระ 4.2 ชี้แจงแนวปฏิบัติการดำเนินงานตัวชี้วัด Digital Transformation-PCC Application 2. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมสำหรับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ด้วยโปรแกรม PCC Link 3. แนวทางการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว (PCC Platform) โดย สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ 4. แบบสำรวจการใช้ Application สำหรับทีมหมอครอบครัว (Online - Google Form) 		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>Project Manager:</p> <p>1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน การบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808 โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)</p> <p>2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532 โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>3. แพทย์หญิงชูหงส์ มหรรทศนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044521200 โทรศัพท์มือถือ : 0815429333 โทรสาร : 044521200 E-mail : mchoohong@gmail.com โรงพยาบาลสุรินทร์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663 โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนงานที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	51.ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ										
คำนิยาม	<p>อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศของทั้ง 3 ระบบ</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%		
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) ▪ ระบบประกันสังคม (SS) ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปี) ได้ผลการวิเคราะห์ในปีที่)										
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ										
รายการข้อมูล 1	-อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC -อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CR-T										
รายการข้อมูล 2	ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC }										
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ (ปีคี่)										
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td><=1.5%</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	-	-	<=1.5%								

วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC } <= 1.5					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ปี 58		ปี 60		ปี 58 60	
	CR-UC	87.58%	87.85%	CRdif-UC	0.62%	0.67%
	CR-CS	90.34%	86.26%	CRdif-CS	2.14%	0.92%
	CR-SS	90.06%	84.71%	CRdif-SS	1.86%	2.47%
	CR-T	88.20%	87.18%	Avg.	1.54%	1.35%
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.กาญจนา ศิริโกมล 2.วรรณิา เอียดประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.กาญจนา ศิริโกมล 2.วรรณิา เอียดประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.กาญจนา ศิริโกมล 2.วรรณิา เอียดประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th		

หมวด	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ				
คำนิยาม	<p>สิทธิประโยชน์ หมายถึง ประโยชน์ที่ได้ตามสิทธิ สิ่งที่เป็นผลดีที่บุคคลใด ๆ พึงจะได้รับตามที่ระบุไว้ในกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น...</p> <p>สิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน หมายถึง ประโยชน์ที่บุคคลใดๆ พึงได้ตามสิทธิที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในลักษณะของโรคหรืออาการที่เหมือนกัน</p> <p>ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง 1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้มีการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ของ 3 กองทุน	3 กองทุน มีการปรับปรุงระบบบริหารและระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	มีกลไกปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง	มีต้นทุนบริการที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	
วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปี พ.ศ. 2566				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2. ระบบประกันสังคม 3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				
รายการข้อมูล 1	-				

รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จัดเตรียมข้อมูลและสนับสนุนคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม
2	ประชุมคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
3	รวบรวมผลการศึกษาวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการชุดสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยใน
4	จัดทำร่างข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน
5	จัดให้มีแนวทางหรือข้อตกลงการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ของ 3 กองทุน

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการนำเสนอแนวทางการเตรียมการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์กลาง เพื่อนำเข้าในการประชุมคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	3 กองทุน รับทราบ ข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลาง เพื่อ จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิของแต่ละกองทุน	3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อ คณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	1. มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงานต่อ คณะกรรมการขับเคลื่อน และปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 2. จัดทำแผนปฏิบัติการในปี ถัดไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	3 กองทุน มีการปรับปรุงระบบบริหารและระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง

ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	-	-	มีกลไกปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง	
ปี 2565 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	-	-	มีต้นทุนบริการที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	
ปี 2566 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	-	-	มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	
วิธีการประเมินผล :				
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		ขณะนี้ยังไม่มี baseline data		
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2559	2560
			2561	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.วัฒน์ชัย จรุงวรธนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1553 โทรสาร :</p> <p>2. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณัฐญาภรณ์ เพชรถิรสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรสาร : 02-5901576</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
---	---	---

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																																
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																																
ระดับการแสดงผล	เขต																																
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน																																
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิวิวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน</td> </tr> <tr> <td>3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน	3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย																															
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																															
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																															
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																															
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																															
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน																															
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ																															

รับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด		

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง
 - : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ
 - : แผนงาน/กิจกรรม
 - : ผลผลิต/ผลลัพธ์
2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและ

บุคลากร (Network & Capacity Building)

มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

(Efficient Management)

มาตรการที่ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน

(Monitoring Management)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT 1.2 จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ	1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*

		<p>1.3 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</p>	<p>*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานปี 2561 : ไตรมาส 1 ร้อยละ 100 ไตรมาส 3 ร้อยละ 100</p> <p>1.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุน และค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) โดยประเมินจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ ดำเนินการส่งและผ่านการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานปี 2561 <u>รอบที่ 1</u> วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93 <u>รอบที่ 2</u> วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94</p>
--	--	---	---

	<p>มาตรการ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p>	<p>2.1 พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน</p> <p>2.2 นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล</p> <p>2.3 พัฒนาการรับ - จ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ)</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ที่การตรวจสอบบททดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75</p> <p>2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p>
	<p>มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)</p>	<p>3.1 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.</p>	<p>3.1 ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.</p>

		<p>3.2 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.)</p> <p>3.3 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ CFO ระดับเขตและจังหวัด</p> <p>3.4 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง</p> <p>3.5 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน ตามมาตรฐาน CGIA</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>3.2 ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) <u>ตามกลุ่มเป้าหมาย</u> ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>3.3 CFO ระดับเขตและระดับจังหวัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>3.4 เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>3.5 ร้อยละของผู้ตรวจสอบภายใน ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
	มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหาร	4.1 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ	4.1 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการและปรับเกลี้ย

	จัดการ (Efficient Management)	<p>4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (Merging)</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4</p> <p>4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2) ให้บริการร่วม (Service merging) 3) ใช้ระบบสนับสนุนร่วม (Support merging) <p>ค่าเป้าหมาย : ประเมินผลความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
	มาตรการ 5: ติดตามกำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	<p>5.1 ควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน</p> <p>5.2 ควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)</p>	<p>5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>5.2 ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p>

		<p>5.3 ควบคุมกำกับ ด้วย เกณฑ์ประเมินต้นทุน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วย ใน (Unit cost)</p> <p>5.4 พัฒนาระบบการ บริหารจัดการหน่วย บริการ ด้วยการ ตรวจสอบภายในและ ควบคุมภายใน</p>	<p>5.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีสัดส่วนของต้นทุน ผู้ป่วยนอก และต้นทุน ผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลาง ของหน่วยบริการในกลุ่ม ระดับเดียวกัน ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80</p> <p>5.4 ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการ ตรวจสอบภายใน และ ควบคุมภายใน - ร้อยละของหน่วย บริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการ ควบคุมภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ ค่าเป้าหมาย : หน่วย บริการ สป.สธ. ผ่าน เกณฑ์ประเมินการ ควบคุมภายใน ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 - ร้อยละของหน่วย บริการ ได้รับการ ตรวจสอบงบการเงิน ตามเป้าหมาย - รพศ./ รพท. = 100% - รพช. = 25% ค่าเป้าหมาย : หน่วย บริการ สป.สธ. ผ่าน เกณฑ์ประเมินการ</p>
--	--	--	---

		5.5 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	ควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 5.5 มีรายงานผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลัง (Standard Report) ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงิน ระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4
--	--	---	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
4	2	0	0

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 2

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 0

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทาง
การเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2558	2559	2560	2561
หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสพภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/58</u> ร้อยละ 6.31 ไตรมาส <u>2/58</u> ร้อยละ 5.76	ไตรมาส <u>1/59</u> ร้อยละ 8.46 ไตรมาส <u>2/59</u> ร้อยละ 5.04	ไตรมาส <u>1/60</u> ร้อยละ 0.91 ไตรมาส <u>2/60</u> ร้อยละ 0.78	ไตรมาส <u>1/61</u> ร้อยละ 0 ไตรมาส <u>2/61</u> ร้อยละ 0 ไตรมาส <u>3/61</u>

			ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 12.19 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 15.65	ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 9.83 ไตรมาส 4/59 ร้อยละ 13.49	ไตรมาส 3/60 ร้อยละ 3.13 ไตรมาส 4/60 ร้อยละ 9.71	ร้อยละ 1.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวัฒน์ชัย จรุงวรรณะ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	โทรศัพท์มือถือ : E-mail : cwatchai@gmail.com		
	2. นายวัลลภ คชบก	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wallop4444@gmail.com		
	3. นางนิมนงค์ สายรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com		
	4. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	โทรศัพท์มือถือ : E-mail : numkhang_sere@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวโณทัย ไชยपालะ	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574	โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1576	E-mail : meawmothai@gmail.com	
	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น</p> <p>3. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม</p> <p>4. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุง ผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่น ๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้</p> <p>5. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>6. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ</p> <p>7. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานปรากฏชัดเจนแสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จาก</p>

การศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

7.1 การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ได้แก่ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค หรือเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

7.2 ประโยชน์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการปฏิบัติหรือการนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติ การทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

7.3 การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ ได้แก่ การให้บริการวิชาการ (การสอน/บรรยาย/ฝึกอบรม/การใช้ตำรา) การอ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัย เป็นต้น

7.4 การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ ได้แก่ การให้องค์ความรู้แก่สาธารณชนในเรื่องต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การแจ้งเตือนภัยสุขภาพ หรือทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

7.5 การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายในระดับต่าง ๆ ได้แก่ นวัตกรรมหรือข้อมูลมีผลหรือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ การประกาศใช้กฎหมาย หรือมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ

7.6 การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ได้แก่ การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ การนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจหรือการพาณิชย์ เป็นต้น

7.7 การก่อให้เกิดประโยชน์เชิงเศรษฐกิจสาธารณสุข หรือการลดค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลหรือครัวเรือนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เป็นต้น

8. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \geq 8$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2562	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข</p>	<p>แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2563</p>	<p>รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต</p>	<p>- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้น ใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มี การใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิง พาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข</p>	<p>แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2564</p>	<p>รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต</p>	<p>- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้น ใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มี การใช้ประโยชน์ทาง</p>

			การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิง พาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง
--	--	--	--

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น ประจำปีงบประมาณ 2565	รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการ ผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้น ใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มี การใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิง พาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560	เรื่อง	28	5	17
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเดือนถนนม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรสาร : 02-9511297		นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th		

	<p>2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>2. นายจุมพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวชิสานันท์ นันทกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	55. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือ แนวทางในการปฏิบัติงาน</p> <p>- ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ ในจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่าง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2. ร่าง พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 3. ร่าง พ.ร.บ.มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พ.ศ. 4. ร่าง วิธีพิจารณาคดีทางการแพทย์ พ.ศ. 5. จัดระบบการเยียวยาผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากการบริการด้านสุขภาพ <p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้</p> <p>การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขตามที่กฎหมายได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน</p> <p>การโฆษณา หมายถึง การโฆษณาตามที่กำหนดไว้ในบทนิยามของพระราชบัญญัติแต่ละฉบับและที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดและกำหนดโทษไว้</p> <p>ในปีงบประมาณ 2562 จะบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ คือ</p> <p>- การโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ ในจำนวนกฎหมาย 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 3.พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 4.พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 5.พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 7. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารและสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ ในจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้

1. ร่าง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.
2. ร่าง พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ.
3. ร่าง พ.ร.บ.มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พ.ศ.
4. ร่าง วิธีพิจารณาคดีทางการแพทย์ พ.ศ.
5. จัดระบบการเยียวยาผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากการบริการด้านสุขภาพ

โดยพิจารณาจากความสำเร็จดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จำนวนไว้ 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน	การดำเนินการ
1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย
2	มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย
3	ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อจัดทำแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
4	สรุปผลการจัดทำแนวทาง เกี่ยวกับพัฒนากฎหมาย ด้านสุขภาพ
5	เสนอรายงานผลการจัดแนวทางพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพต่อหัวหน้าส่วนราชการ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 80

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 5 ขั้นตอน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

ขั้นตอน	การดำเนินการ
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเครือข่ายบังคับใช้กฎหมายในประเด็นการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสาธารณสุข โดยเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ให้หมายรวมถึงหน่วยงานภายนอก เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่ศูนย์วิชาการที่มีสถานที่ตั้งในภูมิภาค เจ้าหน้าที่สรรพสามิต เจ้าหน้าที่ตำรวจพนักงานเจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคพนักงานฝ่ายปกครองสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด โดยมีแผนบูรณาการงานของเครือข่ายตามบริบทพื้นที่ และกฎหมายที่บังคับใช้
2	มีการพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่ายและพนักงานเจ้าหน้าที่ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี โดยการพัฒนาองค์ความรู้ อาจจัดทำในรูปแบบการจัดอบรม หรืออาจเป็นการถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบอื่นก็ได้ เช่น การแจ้งเวียนคู่มือหรือแนวทางการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่ายและพนักงานเจ้าหน้าที่ในเรื่องการโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ อย่างน้อยต้องประกอบไปด้วยกฎหมายจำนวน 1 ฉบับ ในจำนวนกฎหมายดังนี้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติสถาน

	<p>ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารและสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560</p>
3	<p>การบังคับใช้กฎหมาย ตรวจสอบประชาสัมพันธ์ ตรวจสอบดำเนินคดี</p> <p>3.1 ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายของเครือข่ายด้านการตรวจประชาสัมพันธ์เพื่อสำรวจสภาพปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ สำรวจกลุ่มเป้าหมายที่กฎหมายกำหนด และเป็นสำรวจข้อมูลพื้นฐาน บุคคลผู้กระทำความผิด พฤติการณ์ในการกระทำความผิด สถานที่เสี่ยงต่อการกระทำความผิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจบังคับใช้กฎหมาย กรณีที่ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายมาตราอื่น ๆ โดยอย่างน้อยประกอบด้วยกฎหมายจำนวน 1 ฉบับ ในจำนวนกฎหมายดังนี้ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</p> <p>3.2 การดำเนินคดี กลุ่มงานนิติการในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย กรณีที่ได้รับการประสานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินคดี ร้อยละ 80 ของจำนวนคดีที่ลงทะเบียนรับ</p> <p>(1) <u>คดีที่เป็นการกระทำความผิดซึ่งหน้า</u> ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือพนักงานฝ่ายปกครอง เพื่อจัดทำบันทึกการจับกุมผู้กระทำความผิด ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการร้องทุกข์/กล่าวโทษแก่พนักงานสอบสวน</p> <p>(2) <u>คดีที่มีการร้องเรียนและปรากฏพยานหลักฐานพิจารณาได้ว่ามีผู้กระทำความผิด</u> ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ดำเนินรวบรวมพยานหลักฐาน เรียกบุคคลผู้กระทำความผิด หรือบรรดาเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับคดี จัดทำสำนวนและจัดทำหนังสือกล่าวโทษ/ร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด ติดตามผลคดีจนถึงที่สุด และรายงานคดีต่อผู้บังคับบัญชา</p>
4	<p>มีการสรุปผลการดำเนินงาน และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้รับผิดชอบงาน นิติกรหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกร พนักงานเจ้าหน้าที่และเครือข่ายภายในจังหวัด อย่างน้อย 1 ครั้ง หากพบปัญหาสำคัญในการดำเนินงานให้มีการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพิ่มเติมเป็นรายกรณีไป</p>
5	<p>มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไข ปัญหาเพื่อพัฒนางานการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ</p>

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<p>สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)</p>	<p>สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)</p>	<p>สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)</p>	<p>สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)</p>	<p>สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)</p>

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
แหล่งข้อมูล	1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต																
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A = จำนวนกฎหมายที่ดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน																
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ครบองค์ประกอบ																
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	C = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A																
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	(B/C) × 100																
การประเมินผล	1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมิน 6 เดือนครั้ง																
เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ปี 2562 : <table border="1" data-bbox="124 1574 1466 1704"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table> ปี 2563 : <table border="1" data-bbox="124 1816 1466 1946"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	-														

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-

2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (61 จังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (61 จังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (61 จังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 4 และที่ 5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (61 จังหวัด)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

วิธีการประเมินผล :	<p>1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ พิจารณาจากผลสำเร็จ ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการ ดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน</p> <p>2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน : แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	-	-	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรสาร : 02-5901434</p>	<p>ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>
--	--	---

	<p>2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>3. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>4. นางสาวนิญดา เศรษฐวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>5. นายนพรุจ หวันสู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด กฎหมาย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>2. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>3. นางสาวนิญดา เศรษฐวัฒนา โทรสาร : 02-5901434</p> <p>4. นายนพรุจ หวันสู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนา โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการ E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>

รายการแก้ไขตัวชี้วัด

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
คำนิยาม	<p>Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p> <p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ</p> <p>ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ 3-ระดับ 2 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 Smart Tools : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้ระบบดิจิทัลเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร อย่างน้อยต้องมี 2 ระบบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคิวในรูปแบบดิจิทัล อย่างน้อย 1 รูปแบบ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - รับสลิปหรือบัตรแสดงลำดับคิว ด้วยตนเองได้จากระบบดิจิทัล - แสดงหมายเลขคิวที่เรียกในหน้าจอทีวี ตามจุดพักรอคอยที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ เช่น โรงอาหาร สวนพักผ่อน - แจ้งเตือนลำดับการเรียกคิว ผ่านโทรศัพท์มือถือ - นัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ (Queue Online) ผ่านช่องทาง Internet เช่น เว็บไซต์โรงพยาบาล , Line Application (เช่น MoPH Connect) , Mobile Application (เช่น H4U , Hygge)

เพื่อลดความแออัดในบริเวณหน้าห้องตรวจและแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ลดความเครียดระหว่างการรอคอยรับบริการ ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วย

2. มีผลสำเร็จของการทดสอบการเปิดช่องทาง API (HIS Gateway) จากระบบ HIS ของ รพ. ไปยัง Server กลางที่ Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ระบบเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือ API (Application Programming Interface) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการรับเข้า-ส่งออกข้อมูลการแพทย์และสุขภาพจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS : Hospital Information System) เช่น HIS Gateway

[โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง 2 ระบบ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1]

ระดับ 2. Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น

- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (แพทย์ที่ออกตรวจ OPD **ทุกแผนก**ทำการบันทึกสั่งจ่ายยาลงในระบบ HIS ด้วยตนเอง ณ **ห้องตรวจ** อนุโลมให้เจ้าหน้าที่ OPD ช่วยบันทึกได้)
- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ

[โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และ

ต้องดำเนินการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2]

ระดับ 3. Smart Outcome : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการสามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง

[โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดง Success Story

จาก Smart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3]

เกณฑ์เป้าหมาย :

วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ในระดับจังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมด			
	ร้อยละ 50 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 70 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 85 ของ รพช. ทั้งหมด	ร้อยละ 100 ของ รพช. ทั้งหมด
	ร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 85 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 100 ของ รพ. ทั้งหมด สังกัดกรมวิชาการ

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital
---------------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลตอบแบบประเมินตนเองออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร https://ict.moph.go.th (แจ้งผ่านทาง Line กลุ่ม Admin สสจ.) 2. รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน) http://healthkpi.moph.go.th
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 3. สำนักงานเขตสุขภาพ 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทั้งหมด B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดกรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค

	<p>B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมสุขภาพจิต (20 แห่ง)</p> <p>B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมควบคุมโรค (2 แห่ง)</p> <p>B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในสังกัดกรมการแพทย์ (30 แห่ง)</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน) รพศ./รพท./รพช. : ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน) รพ. สังกัด กรม : ไตรมาส 4 (12 เดือน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>รพ. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่</p> <p>1. รพ. สังกัด สป. - รพศ./รพท. 116 แห่ง - รพช. 781 แห่ง</p> <p>2. รพ. สังกัดกรมวิชาการ ได้แก่</p> <p>- กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต - กรมควบคุมโรค</p> <p>รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital</p>	<p>ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป</p> <p>ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 20 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 20 ของ รพ. ทั้งหมด ในสังกัดกรมวิชาการ</p>	<p>ร้อยละ ของ รพ. กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป</p> <p>ร้อยละ 60 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 35 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 35 ของ รพ. ทั้งหมด ในสังกัดกรมวิชาการ</p>	<p>ร้อยละ ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป</p> <p>ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท. ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 50 ของ รพช. ทั้งหมด ในจังหวัด</p> <p>ร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด ในสังกัดกรมวิชาการ</p> <p>- กรมสุขภาพจิต - กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ.</p> <p>2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome</p>		
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมกลางเพื่อการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพ (Implementing API for Health Information Exchange)</p> <p>2. เอกสารประกอบการอบรมคู่มือ MOPH Connect Smart Queue (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.)</p>		

3. แบบสอบถาม Digital Transformation (Online - Google Form)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>Project Manager</p> <p>1.นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693 โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.</p> <p>2.นายแพทย์เลอศักดิ์ สีนะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรศัพท์มือถือ : 0818925883 โทรสาร : 025901215 E-mail : drlersak2012@gmail.com รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>Smart Tools:</p> <p>นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708 โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>Smart Service :</p> <p>นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	<p>PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยขยายความได้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ • บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค • บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน • บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการหึ่งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน <p>ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล</p> <p><i>(อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)</i></p> <p>Application PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตาม</p>

ดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กระทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน

เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี
2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน
ทีม PCC จำนวน ๒๐๔ ทีม ของ ๑๒ จังหวัดนำร่อง (เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด)				

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC)
- เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเอง
- เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย
- เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทีม PCC (ทีมหมอครอบครัว) ทั่วประเทศ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล 1. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC ตรวจสอบการใช้ App. PCC จาก Log File Server

	2. สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2. โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ. 4. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) 5. สำนักงานเขตสุขภาพ 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีม PCC ที่มีกรนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้ จำนวนทีม PCC ที่มีการใช้ app. PCC Link (เฉพาะจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562- 204 ทีม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3, 4 (9, 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application สำหรับ PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p> <p>2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด เป็น PCC นำร่อง</p>	<p>1. มีการพัฒนา Application สำหรับ PCC</p> <p>2. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application สำหรับ PCC ให้แก่ Admin ของจังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ เชียงราย เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร ปทุมธานี กาญจนบุรี ฉะเชิงเทรา ภาพลันธุ์ เลย สุรินทร์ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ตรัง</p> <p>3. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application สำหรับ PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p>	<p>ร้อยละ 50 ของ ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 ในจังหวัดเป้าหมาย มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้</p> <p>จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ในจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด มีการใช้ app. PCC Link</p> <p>จำนวนทีมทั้งหมด:- 1. เชียงราย 21 ทีม 2. เพชรบูรณ์ 14 ทีม</p>	<p>ร้อยละ 100 ของ ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562 ในจังหวัดเป้าหมาย มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้</p> <p>จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ในจังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด มีการใช้ app. PCC Link</p>

		<p>3. กำแพงเพชร 27 ทีม</p> <p>4. ปทุมธานี 14 ทีม</p> <p>5. กาญจนบุรี 14 ทีม</p> <p>6. ฉะเชิงเทรา 15 ทีม</p> <p>7. กาสินธุ์ 12 ทีม</p> <p>8. เลย 7 ทีม</p> <p>9. สุรินทร์ 10 ทีม</p> <p>10. อุบลราชธานี 37 ทีม</p> <p>11. สุราษฎร์ธานี 17 ทีม</p> <p>12. ตรัง 16 ทีม</p>			
วิธีการประเมินผล :	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตอบแบบสำรวจการใช้ Application สำหรับทีมหมอครอบครัว (Online - Google Form)</p> <p>2. ตรวจสอบจาก Log File ของ Application PCC Link</p> <p>3. สอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ใช้งานจริง</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. เอกสารประกอบการประชุม MOPH CIO Conference (ผ่าน VDO Conference) ครั้งที่ 3/2562 วาระ 4.2 ชี้แจงแนวปฏิบัติการดำเนินงานตัวชี้วัด Digital Transformation-PCC Application</p> <p>2. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรมสำหรับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ด้วยโปรแกรม PCC Link</p> <p>3. แนวทางการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว (PCC Platform) โดย สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ</p> <p>4. แบบสำรวจการใช้ Application สำหรับทีมหมอครอบครัว (Online - Google Form)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		วัด	2559	2560	2561
	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	แห่ง	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>Project Manager:</p> <p>1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808 โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)</p> <p>2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532 โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>3. แพทย์หญิงชอุณหงส์ มหรรทศนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044521200 โทรศัพท์มือถือ : 0815429333 โทรสาร : 044521200 E-mail : mchoohong@gmail.com โรงพยาบาลสุรินทร์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663 โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>

