

ตัวชี้วัดที่มีการแก้ไข

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและ สุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	3
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	6
7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	9
12	ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้อำนวยการของ โรครวมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	14
15	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	18
19	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	23
20	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	28
21	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่ กำหนด	33
27	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	41
29	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	45
32	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	53
38	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	56
42	จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบ มีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และ สมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง	59
43	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	63
50	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	67
51	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	71
53	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	75

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน			
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)</p> <p>เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน/วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า นับถึงวันที่ 30 กันยายน ปีงบประมาณนั้น (เป็นค่าคงที่ ตัดวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณนั้น นับเด็กทุกคนที่มีอายุอยู่ในช่วง ไม่ต้องคำนวณอายุตามวันที่มารับบริการ) ที่อยู่ในจังหวัด คุณ ความชุก ร้อยละ 4.2 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วันทั้งหมด (นำความชุกมาจากร้อยละของเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 จากการสำรวจระดับสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564)</p> <p>เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือสุขภาพจิต เช่น การตรวจประเมิน/วินิจฉัย การกระตุ้นพัฒนาการ, การให้คำปรึกษา, การบำบัดรักษา และหรือโปรแกรมการประเมิน/ฝึกตามวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักวิชาการศึกษาพิเศษ หรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านอบรม) ตามรหัสหัตถการ ICD9CM ดังต่อไปนี้ 89.01 - 89.09, 89.13, 89.15, 89.7, 93.01 -93.09, 93.11-93.19 , 93.21-93.29, 93.31 , 93.32 , 93.33 , 93.35 , 93.36 ,93.38 ,93.39 ,93.52 ,93.59 ,93.61-93.67 ,93.71 ,93.72 ,93.74 ,93.75 , 93.81-93.89, 93.99, 94.xx และรหัส special PP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 และรหัส ICD10 ที่เกี่ยวข้อง</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	วัดผลปี 70	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	1. เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย (IQ)			

	<p>2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</p> <p>3. เพื่อให้เด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการคัดกรองตรวจประเมิน วินิจฉัย อย่างครอบคลุม</p> <p>4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ</p> <p>5. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย : เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย : เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน / วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า นับถึง 30 กันยายน ปีงบประมาณนั้น (เป็นค่าคงที่ ตัดวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณนั้น นับเด็กทุกคนที่มีอายุอยู่ในช่วงไม่ต้องคำนวณอายุตามวันที่มารับบริการ) ที่อยู่ในจังหวัด คุณ ความชุก ร้อยละ 4.2 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วันทั้งหมด (นำความชุกมาจากร้อยละของเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 จากการสำรวจระดับสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เป้าหมาย : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย : ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 – 30 ก.ย. 66 1 ต.ค. 66 – 30 ก.ย. 67 ทั้งตัวตั้งและตัวหาร ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย : ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2570</p> <p>เป้าหมายย่อย : ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-13 ใช้ผลของเด็กปฐมวัยอายุ 0-5ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพที่ได้รับการ ด้านพัฒนาการและสุขภาพจิตด้วยหัตถการ ICD-9-CM (พื่นฟูและจิตเวช) และรหัส Special PP (TEDA4I) และรหัส ICD10 จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
รายการข้อมูล 3	C = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี 11เดือน 29 วัน ที่ได้รับการด้วยหัตถการ ICD-9-CM (พื่นฟูและจิตเวช) + รหัส Special PP (TEDA4I) + รหัส ICD10 ที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 4	D = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี11 เดือน 29 วัน x ความชุก (ร้อยละ 4.2)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)</p> <p>ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>เป้าหมาย : ทุก 5 ปี</p> <p>เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4</p>

เกณฑ์การประเมิน : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103					
เกณฑ์การประเมินย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 9 -	ร้อยละ 11	ร้อยละ 13	ร้อยละ 15	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจากการรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - ผลสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559 กรมสุขภาพจิต 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	102.80	-
	<u>เขตสุขภาพที่ 1-13</u> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	12.25	12.37	9.95
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com 				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพ์ภ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรสาร : 02-6402034		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต		

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	4.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
คำนิยาม	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) คือ จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปีจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 15
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor			
แหล่งข้อมูล 1	ข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากฐานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN) และเป็นประชากร Type Area (PERSON) =1,3 ของเขตที่รับผิดชอบ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (เฉพาะประชากร Type Area (PERSON)=1,3)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A / B) X 1,000			
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	a = ค่า adjusted = อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2565/ หารด้วย อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 b = อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) = a x b			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21	ไม่เกิน 21

E-mail : poppysunko.j@gmail.com สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
--

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
คำนิยาม	<p>1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล <p>3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลระดับ S – A 2. โรงพยาบาลระดับ M1 – M2 3. โรงพยาบาลระดับ F1 – F3 <p>4. ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แกผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย</p> <p style="color: red;">องค์ประกอบที่ 1 สถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure)</p> <p style="color: red;">องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร (Staff)</p> <p style="color: red;">องค์ประกอบที่ 3 รูปแบบและการจัดบริการ (Service)</p> <p style="color: red;">องค์ประกอบที่ 4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (System)</p> <p style="color: red;">(รายละเอียดตาม QR code คู่มือเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ในเอกสารสนับสนุน)</p> <ol style="list-style-type: none"> —1. การตรวจสุขภาพประจำปี —2. การบริการให้วัคซีนประจำปี —3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counseling/Health promotion, prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) —4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ —5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง <ol style="list-style-type: none"> — 5.1 โดยแพทย์และทีม — 5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ —6. มีระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> — 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ — 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล —7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Teleconsultation หรือ Telemedicine เป็นต้น —8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล

—9. การรับ-ส่งต่อ

—9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system)

—9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit)

5. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้

- ระดับ A (Advance - level Hospital) : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง

- ระดับ S (Standard - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

- ระดับ M1 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

- ระดับ M2 (Middle - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 - 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

- ระดับ F1 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 – 120 เตียง

- ระดับ F2 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30 – 90 เตียง

- ระดับ F3 (First - level Hospital) : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1 – 2 คน

6. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ

7. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 901-903 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จำนวนโรงพยาบาล ในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan	
ประเภท Service Plan	จำนวน (แห่ง)
A	34 35
S	52 55
M1	40 37
M2	93 96
F1	94 101
F2	508-503
F2	80 76
รวม	901-903

8. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 มีจำนวน 13,458,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 (ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่เข้าถึง 12 กรกฎาคม 2566)

9. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายๆด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม

10. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ									
เกณฑ์เป้าหมาย									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 50</td> <td>โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 60</td> <td>โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 70</td> <td>โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 50	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 60	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 70	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 50	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 60	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 70	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ \geq ร้อยละ 80						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟันฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส 								
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และหรือ Health Data Center (HDC)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ A, S, M, F)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ = $(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<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>-</td> <td>\geq ร้อยละ 30</td> <td>\geq ร้อยละ 40</td> <td>\geq ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต 								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบัน 								

เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก
website: <http://agingthai.dms.go.th/>



สื่อความรู้ด้านเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ



แนวทางการจัดบริการ
คลินิกผู้สูงอายุ



คู่มือแนวทางการดำเนินงาน
คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและ
ประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	94.70

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. **พญ.บุษกร โลหารจุน** ————— **ผู้อำนวยการ**
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6213 ————— โทรศัพท์มือถือ : 08 1707 1976
E-mail : E-mail: bloharjun@gmail.com
—นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6211 - 6213 ต่อ 812
โทรศัพท์มือถือ: 08 4439 3988
E-mail: ktriyamanirat@gmail.com
 2. นางสาวปณิตา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์: 0 2590 6211 ต่อ 818 เบอร์มือถือ 09 3321 5288
E-mail: panitamungklang07@gmail.com
 3. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์: 0 2590 6211 ต่อ 814 เบอร์มือถือ 09 5530 6681
E-mail: tapoo55@gmail.com
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13 โทรสาร : 0 2591 8277
2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail: supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นายพินิจ เอิบอิม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567

	<p>E-mail : piniterbim@gmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิपालกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564</p> <p>โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>
--	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562											
คำนิยาม	<p>การขับเคลื่อนกลไกภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำและดำเนินการตามระบบการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม โดยจัดทำกระบวนการ กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อม เช่น การฝึกซ้อมชนิดบนโต๊ะ เป็นต้น อย่างน้อย 1 โรคตาม พ.ร.บ.ฯ (ได้แก่ โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน โรคจากภาวะอับอากาศ) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ 2. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอมาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด / กทม. 3. การสื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ในกลุ่มเป้าหมายภายใต้กลไก พ.ร.บ.ฯ ทั้ง 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มนายจ้าง (2) ลูกจ้าง (3) แรงงานนอกระบบ (4) ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ (5) เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ (6) หน่วยบริการ (7) พนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น social media วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 กลุ่ม โดยจังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90									
วัตถุประสงค์	เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมให้เกิดการคุ้มครองสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	77 จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัด / กทม. รายงานข้อมูลตามแบบรายงานที่กรมควบคุมโรคกำหนด											

แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 2. สำนักอนามัย กทม. และ/หรือ สำนักการแพทย์ กทม. รายงานข้อมูลไปยังสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานตามมาตรการสำคัญครบทั้ง 3 ข้อ ตามที่ระบุไว้ในนิยาม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (77 จังหวัด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 - 4)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ระดับส่วนกลาง</p> <p>1.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>2. จัดทำคู่มือ/แนวทางการแจ้ง การรายงานโรคฯ</p> <p>3. สนับสนุนคู่มือ/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. จัดอบรมให้ความรู้ สคร. / สปคม.</p> <p>5. จัดทำ/สนับสนุนชุดสื่อให้ความรู้ 7 กลุ่มเป้าหมาย ภายใต้ พ.ร.บ.ให้กับ สคร. / สปคม.</p>	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based</p> <p>2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม</p>	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based</p> <p>2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม</p> <p>3. ประเมินผลการรับรู้ฯ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ระดับส่วนกลาง</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานจากระบบ Event based</p> <p>2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพประเทศ รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ</p>
<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <p>1. สื่อสาร ถ่ายทอดแนวทางไปยังจังหวัด / กทม.</p> <p>2. สนับสนุนการพัฒนา ระบบการแจ้ง การรายงานการสอบสวนโรคฯ ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>3. สนับสนุนชุดสื่อและแนวทางให้ความรู้ 7 กลุ่มเป้าหมาย ภายใต้ พ.ร.บ.ให้กับจังหวัด/กทม.</p>	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based</p> <p>2. สนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการดำเนินการแก่จังหวัดตามมาตรการสำคัญทั้ง 3 ข้อตามที่ระบุไว้ในนิยาม</p>	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based</p> <p>2. ร่วมสนับสนุนการประเมินผลการรับรู้ฯ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ระดับ สคร./สปคม.</p> <p>1. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based</p> <p>2. สรุปผลการดำเนินงานในภาพเขต รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ</p>

	<p>ระดับจังหวัด/กทม.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำสถานการณ์ด้านโรคฯ และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ 2. จัดทำแผนการพัฒนา ระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด 3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สื่อให้ความรู้ ไปยังกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ผ่านช่องทางต่าง ๆ 	<p>ระดับจังหวัด/กทม.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด (มีกระบวนการและผู้รับผิดชอบชัดเจน) 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 3. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ จังหวัด/กทม. 4. มีแผนการติดตามการสื่อสารฯ การรับรู้ และความเข้าใจ ในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ภายใต้ พ.ร.บ.ฯ 	<p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซ้อมแผน ตามระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด และส่งรายงานการซ้อมแผนไปยัง สคร./สปคม. 2. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ มีการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ตามระบบที่วางไว้ 3. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 4. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวังฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ จังหวัด/กทม. 5. ประเมินการรับรู้ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ภายใต้ พ.ร.บ.ฯ และ การนำไปปฏิบัติอย่างน้อย 1 กลุ่มสื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ และมีการติดตามให้กลุ่มเป้าหมายนำข้อมูลจากสื่อประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ไปปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 กลุ่ม 	<p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์มีการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ตามระบบที่วางไว้ 2. ตรวจสอบข้อมูลการแจ้ง การรายงานโรค/เหตุการณ์จากระบบ Event based 3. สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไปยัง สคร./ สปคม.
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สคร./สปคม. รวบรวมผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำสรุปในภาพเขต 2. ส่วนกลางวิเคราะห์และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานในภาพของประเทศ 			
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และ อนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตาม Link : https://ddc.moph.go.th/law.php?law=5 2. โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase/user/login/ 3. ระบบแจ้งข่าวการระบาด สำหรับจังหวัด https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase_prov/user/login/ 			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร : 0 2590 3866</p> <p>2. นายสาธิต นามวิชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร : 0 2590 3866</p> <p>3. นายโกวิทย์ บุญมีพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3864 โทรสาร : 0 2590 3864</p> <p>นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร 0 2590 3866</p> <p>4. นางสาวศิริพร พรพิรุณโรจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร : 0 2590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : untimanon@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านกฎหมาย) โทรศัพท์มือถือ : 09 2473 5914 E-mail : satit1974@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านข้อมูล) โทรศัพท์มือถือ : 08 4665 7158 E-mail : kwbp72@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านข้อมูล) โทรศัพท์มือถือ : 08 1398 5013 E mail : sutatip-bu@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสื่อสาร) โทรศัพท์มือถือ : 06 3932 4654 E-mail : hybridbhyb@gmail.com</p>	<p>กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร 0 2590 3866</p> <p>2. นางจตุพร บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร 0 2590 3866</p> <p>3. นางสาวพิชญ์ชฎาภรณ์ อุดมรัักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรสาร 0 2590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านข้อมูล) โทรศัพท์มือถือ : 08 1398 5013 E mail : sutatip-bu@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านกฎหมาย) โทรศัพท์มือถือ : 09 7301 6873 E mail : jatuporntaeng@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านสื่อสาร) โทรศัพท์มือถือ : 09 4696 7474 E mail : geejiw191466@gmail.com</p>	<p>กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>		

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	15. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาสัมตาม มาตรฐานสัมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาสัมตามมาตรฐานสัมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง		
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมใน	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย	

	โรงพยาบาล	<p>รวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</p>
	<p>หมวด N: Nutrition</p> <p>การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล</p>	<p>10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร</p> <p>11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล</p> <p>12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)</p>
<p>ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)</p>		
	<p>หมวด Innovation:</p> <p>การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN</p>	<p>14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p>
	<p>หมวด Network:</p> <p>การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN</p>	<p>15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p>
<p>ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการอาหารชีวนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) 		

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70 -ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 30 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 -ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 40 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 20 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 -ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30-40
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย 3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป (A2/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย		
ระยะเวลาประเมินผล	- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3, 9, 6 และ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																												
ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 48	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 57	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60																												
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนามายอดเยี่ยมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส 																														
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) 4. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) 																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับมาตรฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>3.85</td> <td>21.77</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีเยี่ยม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>3.75</td> <td>13.44</td> </tr> <tr> <td>ระดับท้าทาย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>2.40</td> <td>10.00</td> </tr> <tr> <td>ระดับมาตรฐานขึ้นไป</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>10.00</td> <td>45.21</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2566*</p>			Baseline data โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566*	ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	-	3.85	21.77	ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	-	3.75	13.44	ระดับท้าทาย	ร้อยละ	-	2.40	10.00	ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	10.00	45.21
Baseline data โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																													
		2564	2565	2566*																											
ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	-	3.85	21.77																											
ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	-	3.75	13.44																											
ระดับท้าทาย	ร้อยละ	-	2.40	10.00																											
ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	10.00	45.21																											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวปริญญ์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th 2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 																														

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวปรีณิตย์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904946 2. นายปราโมทย์ เสพสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904946 3. นางสาวอรุณี คำจันทร์วงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904255 โทรสาร : 02-5904946 4. นางสาวกมลชนก บุญสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904461 โทรสาร : 02-5904321 นางสาวสุกัญญา โปธาพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904385 โทรสาร : 02-5904321 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : arunee.k@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : kamonchanok.boonsit@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sukanya.p@anamai.mail.go.th

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)</p> <p>53. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้น</p>

ทะเบียนในปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

64. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

64.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

64.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต

75. เงื่อนไขการคำนวณ

7.15.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

7.5.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) และ ลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

7.5.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

7.2-5.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล

7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13

7.2.2. พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-13

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	88	88	88	88

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส 			
เกณฑ์การประเมิน :				
อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ (Success rate)	<p>รอบ 3 เดือน</p> <p>-</p> <p>1. วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรง ของปัญหาในกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหา อุปสรรค</p> <p>2. จัดทำแผนงาน ในการ เร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่ง- ติดตามผลการรักษา</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <p>-</p> <p>กำกับและติดตามการ ดำเนินงานมาตรการ ตามแผนงานในรอบ- 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <p>-</p> <p>กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงานในรอบ- 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <p>ร้อยละ 88</p>

วิธีการประเมินผล :	<p>1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด</p> <p>2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพและจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินในภาพรวมของประเทศ 2. ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3. ระดับจังหวัด ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด 																					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 2.โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP) 																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 40%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2564</th> <th style="width: 10%;">2565</th> <th style="width: 10%;">2566*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">85.0</td> <td style="text-align: center;">80.8</td> <td style="text-align: center; color: red;">82.2</td> </tr> <tr> <td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">68.5</td> <td style="text-align: center;">69.4</td> <td style="text-align: center; color: red;">81.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*หมายเหตุ ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังไม่ครบรอบประเมิน</p>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566*	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	82.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	81.7
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2564	2565	2566*																		
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	82.2																		
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	81.7																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์หญิงผลีน กมลวันท์ ผู้อำนวยการกองวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : drphatin09@gmail.com <li style="margin-left: 20px;">นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง ผู้อำนวยการกองวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : ksornt@gmail.com 2. นายจิรวัดน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com 3. นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com 4. นางสาวยามิหระ สายเส็น นักวิชาการสาธารณสุข 																					

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com</p> <p>นายณัฐพงศ์ คำดา นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 092 824 8141 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tttiw04@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กรมควบคุมโรค กองวินโรค</p> <p>นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายจิรวัดน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com</p> <p>2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com</p> <p>3. นางสาวยามิหระ สายเส้น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com</p> <p>นายณัฐพงศ์ คำดา นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 092 824 8141 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tttiw04@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>— 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>— 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>— 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>— 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143155 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4.2. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143155 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000-111,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022-2023)</p> <p>5.3. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>— 5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้น</p>

ทะเบียนในปึงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

64. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

64.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

64.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 1312 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต

75. เงื่อนไขการคำนวณ

— 7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ~~ไม่นับรวม~~

— 7.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปึงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

— 7.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin-Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively-Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

7.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล

— 7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success-rate) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13

7.2.2. พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1- 13

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปึงบประมาณ 67	ปึงบประมาณ 68	ปึงบประมาณ 69	ปึงบประมาณ 70
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	85	85	85

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดทรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดทรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรคทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)			
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)			
รายการข้อมูล 4	<p>B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p>คิดจากอัตรา 143155 ต่อประชากรแสนคน*</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p> <p>*ข้อมูลจาก WHO Global report 20222023</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 21.2	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส 			
เกณฑ์การประเมิน :				
<p>รอบ 3 เดือน</p> <p>-</p> <p>1. วิเคราะห์สถานการณ์ขนาดและความรุนแรงของ</p> <p>2. ปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค</p> <p>2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่งติดตามผลการรักษา</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <p>-</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <p>ในรอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <p>-</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <p>ในรอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <p>ร้อยละ 85</p>	
	<p>วิธีการประเมินผล :</p> <p>1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดทรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ</p>			

	<p>และจังหวัด</p> <p>2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพและจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินในภาพรวมของประเทศ ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระดับจังหวัด ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด 																		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP) 																		
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="470 806 1476 1198"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>85.0</td> <td>80.8</td> <td>82.2</td> </tr> <tr> <td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>68.5</td> <td>69.4</td> <td>81.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*หมายเหตุ ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ยังไม่ครบรอบประเมิน</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566*	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	82.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	81.7
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2564	2565	2566*															
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	85.0	80.8	82.2															
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	68.5	69.4	81.7															
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> แพทย์หญิงผดิส กมลวันท์ ผู้อำนวยการกองวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : drphatin09@gmail.com นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง ผู้อำนวยการกองวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : ksornt@gmail.com นายจิรวัดน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com นางสาวภัทรากาญจน์ วิภาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com นางสาวยามิหระ สายเส็น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 																		

	<p>โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com</p> <p>นายณัฐพงศ์ คำดา นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 092 824 8141 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tttiw04@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กรมควบคุมโรค กองวินโรค</p> <p>นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นายจิรวัดน์ วรสิงห์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 553 9560 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : jivbtb@gmail.com</p> <p>2. นางสาวภัทรากาญจน์ วิธาทานัง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 091 738 7553 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : pattarakan1988@gmail.com</p> <p>3. นางสาวยามี่หระ สายเส้น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 099 219 3925 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : meera.sasuk@gmail.com</p> <p>นายณัฐพงศ์ คำดา นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 092 824 8141 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tttiw04@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	3. โครงการป้องกันและควบคุมการติดต่อทางจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six building block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่การแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือ การมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย</p> <p>1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ยาในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์</p> <p>3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>4. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด</p> <p>5. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) (2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private)</p>

คำนิยาม	Health Sectors) และ (3) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย			
เกณฑ์เป้าหมาย : ประเมินจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1—12 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด				
ปีงบประมาณ 67 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด (38 จังหวัด)		ปีงบประมาณ 68 อย่างน้อยร้อยละ 70 ของจังหวัดทั้งหมด (54 จังหวัด)	ปีงบประมาณ 69 อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจังหวัดทั้งหมด (62 จังหวัด)	ปีงบประมาณ 70 อย่างน้อยร้อยละ 85 ของจังหวัดทั้งหมด (66 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัดและอำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เทียบเท่าในกรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัด กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของหน่วยงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 ตามแนวทางที่กำหนด			
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส โดยเริ่มประเมินไตรมาสที่ 2 และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ			

เกณฑ์การประเมิน :

(ประเมินจังหวัดในเขตสุขภาพ 1-12 และกรุงเทพมหานคร)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	จังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 19 จังหวัด (ร้อยละ 25)	จังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 28 จังหวัด (ร้อยละ 37)	จังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 38 จังหวัด (ร้อยละ 50)

แบ่งเป็น 2 แนวทาง ตามเขตสุขภาพ

1. เขตสุขภาพที่ 1-12

แต่ละจังหวัดผ่านตามเกณฑ์ประเมินอำเภอใช้อย่างสมเหตุผล อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด ทั้งนี้ให้ครอบคลุมทั้งเขตเมือง (เขตเทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล)¹ ตามความเหมาะสม โดยให้มีผลดำเนินการเป็นไปตามเกณฑ์ ใน 3 ส่วน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้เกี่ยวข้อง ในแนวทางแต่ละส่วน 2. จังหวัดประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนา RDU community ในทุกอำเภอ และตั้งเป้าหมายการพัฒนา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นระดับดีขึ้น	อย่างน้อย 19 จังหวัด (ร้อยละ 25)	อย่างน้อย 28 จังหวัด (ร้อยละ 37)	1. อย่างน้อย 38 จังหวัด (ร้อยละ 50) 2. จังหวัดมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนา RDU community ระดับดีขึ้น ในอำเภอเป้าหมาย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล			
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แก่ RDU doctor และ RDU coordinator ในแต่ละอำเภอ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและวางแผนร่วมกับสถานบริการสุขภาพ	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน	สถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนต่อไปนี้เป็นไปตามเกณฑ์ RDU เป้าหมาย* ใน - รพ.รัฐ สป.สธ. - รพ.สต. สป.สธ. - โรงพยาบาลเอกชน
	- คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	- คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)	- คลินิกเอกชน - ร้านยา - ร้านชำ (ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย)

¹ ใช้คำนียามเขตเมืองและเขตชนบทของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (<http://statstd.nso.go.th/download.aspx>)

แต่ละกลุ่มเป้าหมาย			
--------------------	--	--	--

ส่วนที่ 2 ความปลอดภัยจากการใช้ยา

<p>1. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ชี้อย่างและทำความเข้าใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล แก่ผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>2. โรงพยาบาลวางระบบกลไกตามแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลระหว่างสหวิชาชีพ โดยทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team)</p>	<p>อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious-preventable-adverse-events) ตาม trigger ที่กำหนด (ค่า baseline)</p> <p>โรงพยาบาลวางระบบกลไกตามแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลระหว่างสหวิชาชีพ โดยทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) รวมทั้งวางระบบข้อมูลและการประมวลผล</p>	<p>อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious-preventable-adverse-events) ตาม trigger ที่กำหนด</p> <p>โรงพยาบาลวางระบบกลไกตามแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาลระหว่างสหวิชาชีพ โดยทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) รวมทั้งวางระบบข้อมูลและการประมวลผล</p>	<p>อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (serious preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด (ค่า baseline)</p>
---	--	---	---

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

<p>ส่วนกลางชี้แจงแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอเป้าหมาย</p>	<p>แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอเป้าหมาย</p>	<p>แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอเป้าหมาย</p>	<p>ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU literacy) ของประชาชนในอำเภอเป้าหมาย</p>
---	---	---	---

หมายเหตุ *รายละเอียดเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินผลดังกล่าว แต่ละจังหวัดสามารถศึกษาได้จากตามเอกสารสนับสนุนหมายเลข 8 ซึ่งเป็นแนวทางพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีแนวทางพัฒนาทั้งส่วนสถานบริการสุขภาพ แหล่งกระจายยาในชุมชน รายละเอียดข้อมูลตัวชี้วัด และระบบรายงานข้อมูล รวมถึงแนวทางดำเนินงาน RDU community ซึ่งแต่ละจังหวัดควรผ่านระดับดีขึ้น

2. เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)

สถานบริการสุขภาพของแต่ละสังกัด ได้แก่ กรมการแพทย์ โรงพยาบาล/ ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร

และโรงพยาบาลสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยสถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัด มีการพัฒนาและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการส่งใช้ยาที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 65 ดังต่อไปนี้

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 50	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 55	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 60	สถานบริการสุขภาพแต่ละสังกัดผ่านตัวชี้วัดการส่งใช้ยาตามแนวทาง RDU hospital ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 65

วิธีการประเมินผล :

● **เขตสุขภาพที่ 1-12**

1. โรงพยาบาลรัฐ สังกัด สป.สธ. และ รพ.สต. ส่งข้อมูล
 - 1.1 ตัวชี้วัดการส่งใช้ยาของโรงพยาบาล รายงานในระบบ HDC
 - 1.2 รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตาม trigger ที่กำหนด และรายงานในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน รายงานในระบบรายงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 3.1 ติดตาม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ร้านยาและร้านชำ ผ่านระบบการรายงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดที่กำหนด
 - 3.2 ประเมินตนเองตามแนวทางพัฒนา RDU ภาพรวมจังหวัดสู่โปรแกรมที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (Chief pharmacy officer (CPO)) ระดับเขต หรือคณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้องกำกับติดตาม

● **เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)**

- สถานบริการสุขภาพในสังกัดกรมการแพทย์ และ กทม. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบที่คณะกรรมการ service plan เขตสุขภาพที่ 13 ร่วมกันกำหนด และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม trigger ที่กำหนดในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC)
- ส่วนกลาง** โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประสานและประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ในลักษณะ dashboard ในเว็บไซต์ National drug information (NDI) (<https://ndi.fda.moph.go.th/>)

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf)
2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67)
3. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302>)
4. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (<http://bit.ly/44vouVY>)
5. แนวทางการดำเนินการของร้านยา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลา

ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 (<https://drug.fda.moph.go.th/media.php?id=514480132119994368&name=Law03-24-01.pdf>)

6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69)

7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (<https://www.samatcha.org/site/resolution/d5550140-ac9b-40ef-a382-ae0da254c85f/detail>)

8. แนวทางการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (อยู่ระหว่างปรับปรุงใหม่)(<https://drive.google.com/file/d/1FMsrZumQV0Jr0UuG-pwBynsP3jeiRv0h/view?usp=sharing>)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล (RDU province)	ร้อยละ	-	ร้อยละ 72.37 ของจังหวัดทั้งหมด (55 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมินอย่างน้อย 1 อำเภอ รพ.สป.สธ./รพ.สต./ร้านชำ ผ่านตามเกณฑ์)	ร้อยละ 84.21 ของจังหวัดทั้งหมด (64 จังหวัด) (เกณฑ์ประเมิน เขต 1-12 อย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด (รพ.สป.สธ./ รพ.สต./ร้านชำ) ผ่านตามเกณฑ์ เขต 13 สถานพยาบาลแต่ละสังกัด ร้อยละ 60 ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด)	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการจาก 3 หน่วยงานหลักในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ประเด็น RDU hospital/ RDU PCU/ RDU community/ ระบบข้อมูลตัวชี้วัดใน HDC/ การประเมิน RDU literacy

1.1 นพ.ปฏิวัติ วงศ์งาม [นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ](#)
[โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1755](#)
พญ.เหมือนแพรว บุญล้อม [รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข](#)
โทรศัพท์ 089 725 1462 [E-mail: m.boonlorm14@gmail.com](mailto:m.boonlorm14@gmail.com)

1.2 ภญ.นุชน้อย ประภาโส [เภสัชกรชำนาญการพิเศษ](#)
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 09 6485 0216
 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : nuchnoi.fda@gmail.com

1.3 ภญ.ปณิดา ชมะวรรณ [เภสัชกรชำนาญการ](#)
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1628 โทรศัพท์มือถือ : 08 9613 3562, 06 2684 6565
 โทรสาร : 0 2590 1634 E-mail : gyaijaa@gmail.com

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบประเด็นแนวทางพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล/ อำเภอยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมการพัฒนา GPP ของร้านยา/ การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ/ ร้านค้าออนไลน์/ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน/ สรุปรวมข้อมูลภาพรวมการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ความปลอดภัยด้านยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองนโยบายแห่งชาติด้านยา <table border="0"> <tr> <td>1. ญ.อัญชลี จิตรกันทิ</td> <td>ผู้อำนวยการกองนโยบายแห่งชาติด้านยา</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 08 1138 2842</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 2590 7341</td> <td>E-mail : ajrn218@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. ญ.นุชรินทร์ โตมาชา</td> <td>เภสัชกรชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 2590 7341</td> <td>E-mail : nuchy408@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>3. ญ.นภาพรณ ภูริปัญญาวิช</td> <td>เภสัชกรชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 08 1952 9663</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 2590 7341</td> <td>E-mail : rduth.2015@gmail.com</td> </tr> </table> <p>ประเด็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ เรื่องความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ญ.วิศกาญจน์ พรชัยพัฒนกร เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7253 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2591 8457 E-mail : adr@fda.moph.go.th เฉพาะตัวชี้วัดผลลัพธ์ เรื่อง ความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ <p>3. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประเด็นการพัฒนา RDU ในสถานพยาบาลเอกชน</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ทันตแพทย์หญิงณลิษา ตันตินิรามย์ ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7016 โทรสาร : 0 2149 5631 3.2 ญ.รังสิมา ไชยาส เภสัชกรชำนาญการ (โรงพยาบาลเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18406 โทรศัพท์มือถือ : 08 1990 0695 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : yrangsi@gmail.com 3.3 นางประไพ ตรีกาลนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (คลินิกเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 06 4459 6563 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : cilnichss@gmail.com 3.4 นางฉัตรประภา แก่นพรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (คลินิกเอกชน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 08 4778 4782 โทรสาร : 0 2149 5631 E-mail : cilnichss@gmail.com 	1. ญ.อัญชลี จิตรกันทิ	ผู้อำนวยการกองนโยบายแห่งชาติด้านยา	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 08 1138 2842	โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : ajrn218@gmail.com	2. ญ.นุชรินทร์ โตมาชา	เภสัชกรชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779	โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : nuchy408@gmail.com	3. ญ.นภาพรณ ภูริปัญญาวิช	เภสัชกรชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 08 1952 9663	โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : rduth.2015@gmail.com
1. ญ.อัญชลี จิตรกันทิ	ผู้อำนวยการกองนโยบายแห่งชาติด้านยา																		
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 08 1138 2842																		
โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : ajrn218@gmail.com																		
2. ญ.นุชรินทร์ โตมาชา	เภสัชกรชำนาญการ																		
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779																		
โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : nuchy408@gmail.com																		
3. ญ.นภาพรณ ภูริปัญญาวิช	เภสัชกรชำนาญการ																		
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155	โทรศัพท์มือถือ : 08 1952 9663																		
โทรสาร : 0 2590 7341	E-mail : rduth.2015@gmail.com																		
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>ญ.นุชรินทร์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7155 โทรศัพท์มือถือ : 06 1731 7779 โทรสาร : 0 2590 7341 E-mail : nuchy408@gmail.com</p> <p>กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>																		

ตัวชี้วัดการพัฒนากลุ่ม “จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ปีงบประมาณ 2567

ชื่อตัวชี้วัด

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 50 ของจังหวัดทั้งหมด (38 จังหวัด)

เกณฑ์ประเมินผล

1.เขตสุขภาพที่ 1-12

≥ ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมดในแต่ละจังหวัด ผ่านตามเกณฑ์ RDU : การติดตาม safety/ผล RDU literacy/รพ.รัฐ (สป.สธ.)/ รพ.สต. สป.สธ./รพ.เอกชน/คลินิก/ร้านยา/ร้านชำ / จังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนา RDU community ระดับดีขึ้น

2.เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร)

≥ ร้อยละ 65 ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐแต่ละสังกัดผ่านตามเกณฑ์ RDU ที่กำหนด

(กลุ่มเป้าหมาย: กรมการแพทย์/ UHosNet/ กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย/สำนักงานการแพทย์)

แก้ไข ณ วันที่ 8 กันยายน 2566 เวลา 10.45 น.

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

เกณฑ์ประเมิน ระดับอำเภอ/เขต กทม.

1. Med Safety: อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด
2. RDU literacy: มีผลประเมิน RDU literacy ของประชาชน ของยาในกลุ่มเป้าหมาย (เพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาต่อไป)

ตัวชี้วัดผลผลิต

RDU Hospital

รพ.รัฐ กลุ่มเป้าหมาย เขต 1-12 ผ่าน RDU hospital ≥10 ข้อ ใน 12 ข้อ

รพ.รัฐ กลุ่มเป้าหมาย (เขต 13) ผ่าน RDU hospital ≥10 ข้อ ใน 12 ข้อ

RDU PCU

รพ.สต.
1. ≥ 80% ของรพ.สต. ผ่าน RDU ใน RI,AD

RDU Community (private sector)

ร้านชำ
2. ≥ ร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU)

รพ.เอกชน

≥ ร้อยละ 50 ของรพ.เอกชน กลุ่มเป้าหมาย ผ่านประเมินตนเอง ระดับ 2 (คะแนน ≥ ร้อยละ 50)

คลินิก

≥ ร้อยละ 50 ของคลินิก กลุ่มเป้าหมาย ผ่านประเมินตนเอง ระดับ 2 (คะแนน ≥ ร้อยละ 50)

ร้านยา

≥ ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน ≥ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ (ประเมินจังหวัด ในเขตสุขภาพ 1-12)

จังหวัดมีผลการประเมินตนเอง RDU community (การบริหารจัดการ,5 กิจกรรมหลัก) อย่างน้อยระดับดีขึ้น

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ในสถานบริการหมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการในสถานบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง สิงหาคม ของทุกปี จากสถานบริการซึ่งได้รับการติดตามโดยวิธีการใดก็ได้ (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ โทรศัพท์ติดตาม/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกใน ปีงบประมาณ 2567 และได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q จากนั้นบันทึกลงระบบ HDC โดยนับจากวันที่มีผลการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q ครั้งแรก ≥ 7 และต้องมีผลการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q < 7 ในการติดตามอย่างน้อย 3 ครั้งต่อเนื่องกัน โดยการติดตามครั้งที่ 1 ในช่วงเวลาตั้งแต่ 90-120 วัน การติดตามครั้งถัดไปในช่วงเวลา 121-150 วัน และการติดตามครั้งถัดไปในช่วงเวลา 151-190 วัน ทั้งนี้ไม่นับกรณีมีการส่งตัว (refer) และเสียชีวิตภายใน 6 เดือน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geqร้อยละ 55</td> <td>\geqร้อยละ 58</td> <td>\geqร้อยละ 61</td> <td>\geqร้อยละ 64</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	\geq ร้อยละ 55	\geq ร้อยละ 58	\geq ร้อยละ 61	\geq ร้อยละ 64
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
\geq ร้อยละ 55	\geq ร้อยละ 58	\geq ร้อยละ 61	\geq ร้อยละ 64									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจากสถานบริการได้รับการรักษาต่อเนื่อง (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Telepsychiatry/ โทรศัพท์ติดตาม/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลง ตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน จากสถานบริการใดก็ได้ที่ได้รับการติดตามในระยะเวลา 6 เดือนจากสถานบริการ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยก											

	ตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ตาม B ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการใดก็ได้ ภายใน 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนสิงหาคม อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567 จาก B ต้องมีผลการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q < 7 (รหัส 1B0260, 1B0282) มีการติดตามอย่างน้อย 3 ครั้งต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ 90-120 วัน และครั้งถัดไป 121-150 วัน และครั้งถัดไป 151-190 วัน ติดต่อกัน ไม่นับ refer และเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (คน) หมายเหตุ : กรณีมีการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q มากกว่า 1 ครั้งในแต่ละช่วงเวลา ให้ใช้ข้อมูลผลประเมินครั้งสุดท้ายของช่วงเวลานั้น ๆ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2567 จากสถานบริการทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (หน่วยคน) ไม่นับซ้ำในกรณีถูกนับเป็น B จากสถานบริการทั้งหมดแล้วตาม First visit ที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2567 และพบว่ามีการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q ครั้งแรก ≥ 7 (รหัส 1B0261, 1B0262, 1B0263, 1B0283, 1B0284, 1B0285) ไม่นับ refer และเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (คน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	11 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
<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>-</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 55
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 55						
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์ระดับคะแนนการประเมิน 9Q 1. การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าผลปกติ ระดับคะแนน 0-6 รหัส 1B0260 2. การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าน้อย ระดับคะแนน 7-12 รหัส 1B0261 3. การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าปานกลาง ระดับคะแนน 13-18 รหัส 1B0262 4. การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้ารุนแรง ระดับคะแนน ≥ 19 รหัส 1B0263 5. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าผลปกติ ระดับคะแนน 0-6 รหัส 1B0282 6. การประเมินภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าน้อย ระดับคะแนน 7-12 รหัส 1B0283								

	<p>7. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าปานกลาง ระดับคะแนน 13-18 รหัส 1B0284</p> <p>8. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้ารุนแรง ระดับคะแนน ≥ 19 รหัส 1B0285</p>				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุกเลา (Remission)	ร้อยละ	-	-	49.30 (รพจ. 14 แห่ง ฐานข้อมูล HDC สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ) (ข้อมูล ณ วันที่ 4 ก.ย.65)
ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ร้อยละ	-	-	- เริ่มเก็บปีงบประมาณ 2567	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com</p> <p>2. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 โทรศัพท์มือถือ : 080-5989191 โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com</p> <p>3. นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 099-6953694 โทรสาร : 045-352514 E-mail : info@thaidepression.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	<p>1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายอรรถกร วงศ์อนันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 083-1287033 โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com</p> <p>2. นายวีระยุทธ มายศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 086-9910633 โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com</p> <p>3. นายวีระพงศ์ ผาปรางค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 095-5121690 โทรสาร : 045-352513 E-mail : depression54@hotmail.com</p> <p>ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p> <p>4. นางสาวอมราภรณ์ ผางแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 084-7589498 โทรสาร : 045-352513 E-mail : tcprasri64@hotmail.com</p>				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	29. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock (โดยได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ข้อ 5)</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 หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4-2–4.4 5.2 - 5.4</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 และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราตายจาก community-acquired sepsis อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. การติดเชื้อในโรงพยาบาล (อังกฤษ: Hospital - Acquired infection, Nosocomial infection) คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ ที่ให้บริการสุขภาพ เช่น บ้านพักผู้ป่วย บ้านพักคนชรา สถานบำบัด ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรืออื่นๆ การติดเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้หลายวิธี เช่น ติดผ่านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเชื้อปนเปื้อนบนร่างกาย อุปกรณ์ที่ปนเปื้อน ผ้าปูที่นอน หรือละอองสารคัดหลั่งที่มีเชื้อ เป็นต้น ที่มาของเชื้ออาจมาจากสิ่งแวดล้อม จากผู้ป่วย จากบุคลากรที่ติดเชื้อ หรืออาจหาแหล่งที่มาของเชื้อไม่พบก็ได้ เชื้ออาจมาจากร่างกายของผู้ป่วยเอง ซึ่งเดิมเป็นเชื้อที่ยังไม่สามารถก่อให้เกิดโรคได้ แต่เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาบางอย่าง เช่น การผ่าตัด หรือหัตถการบางประเภท ก็ทำให้เชื้อที่มีอยู่เดิมมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อได้ เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด</p> <p>Hospital - acquired infection (HAI) หรือ Healthcare - Associated infection หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล เป็นการติดเชื้อที่ Date of Event (DOE) เกิดขึ้นหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป (Hospital day 3) หรือ หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว อย่างน้อย 48 ชั่วโมง</p> <p>34. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>45. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>45.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2</p>

	<p>ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>45.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)</p> <p>45.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)</p> <p>45.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป</p> <p>56. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>									
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 26</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยการใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน</p>								
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>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)</p>								
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>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</p>								
<p>รายการข้อมูล 3</p>	<p>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10</p>								

	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	รายงานเป็นรายไตรมาส													
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13													
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>ร้อยละ</td> <td>31.82</td> <td>36.48</td> <td>35.73</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC)</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)			2563	2564	2565	...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)										
		2563	2564	2565										
...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. นายแพทย์พนธ์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ: 08 1612 5891 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail :drpojin@yahoo.com </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 2. นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์มือถือ: 08 1596 8535 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก </td> <td style="vertical-align: top;"> อายุรแพทย์ รองนายแพทย์สาธารณสุข E-mail: mr.sepsis@yahoo.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข </td> </tr> </table>	1. นายแพทย์พนธ์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ: 08 1612 5891 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail :drpojin@yahoo.com	2. นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์มือถือ: 08 1596 8535 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	อายุรแพทย์ รองนายแพทย์สาธารณสุข E-mail: mr.sepsis@yahoo.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข									
1. นายแพทย์พนธ์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ: 08 1612 5891 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail :drpojin@yahoo.com													
2. นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์มือถือ: 08 1596 8535 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	อายุรแพทย์ รองนายแพทย์สาธารณสุข E-mail: mr.sepsis@yahoo.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 1204 E-mail: ictmoph@moph.go.th 3. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6359 โทรสาร: 02 965 9851 E-mail: supervision.dms@gmail.com													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6359 โทรสาร: 02 965 9851 E-mail: supervision.dms@gmail.com 2. นายปวิช อภิบาลกุลวนิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: Evaluation.dms@gmail.com													

	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
--	------------------------------------

ภาคผนวกที่ 1

<p>คำนิยามตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p>	<p>จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) Rapid Response System หรือ ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต</p> <p>สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยจากข้อมูลทั้งในและต่างประเทศที่มีการจัดตั้งที่มันี้เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลลดน้อยลง อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นลดน้อยลง จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือนอนในไอซียูลดน้อยลง และอัตราการตายของผู้ป่วยในลดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างเครื่องมือและแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ Early Warning Score - Rapid Response Team - การบริหารจัดการที่จะช่วยจัดสรรบุคลากร เครื่องมือ และทรัพยากรต่างๆให้เพียงพอ <p>การมีแนวทางการกำหนดการเก็บข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดตัวชี้วัด การประเมินให้เกิดการพัฒนาาระบบให้ดียิ่งขึ้น</p>
---	---

เกณฑ์เป้าหมาย:

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
<p>จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ 70 ในแต่ละเขตสุขภาพ</p>	<p>จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพร้อยละ 100</p>

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิด cardiac arrest ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอาการทรุดลง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (ตารางที่ 6)

ปี 2567: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ 70 ในแต่ละเขตสุขภาพ

ปี 2568: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100

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 $>12,000$ /mm³, <4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ 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
temp		≤ 35	35.1 – 36	36.1 – 38	38.1 - 38.4	≥ 38.5	
Sys BP	≤ 80	81 – 90	91 – 100	10 – 180	181 – 199	≥ 200	ให้ยา กระตุ้น ความดัน โลหิต
HR	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
RR	≤ 8	ใส่เครื่อง ช่วยหายใจ		9 – 20	21 – 25	26 – 35	≥ 36
Neuro			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้ว ลืมตา สลิบลื้อ	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สติตัว แม้จะ กระตุ้นแล้ว ก็ตาม
ยากระตุ้นความดันโลหิต = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline							

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

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด
(ระดับ A และ S)

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

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	32. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI</p> <p>ICD-10 = N 18.5 Chronic kidney disease, stage 5</p> <p>ผู้ป่วยรายใหม่ = ผู้ป่วยที่เปลี่ยนจากระยะที่ 4 เป็นระยะที่ 5</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อน									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 											
แหล่งข้อมูล	HDC Health Data Center											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3–4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 ระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของปีงบประมาณปัจจุบัน											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3–4 ระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของปีงบประมาณก่อนหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ วิธีคิดของปี 25xx:											

$$\left[\frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด} \\ \text{ในปีที่ } 25xx - \text{ จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด} \\ \text{ในปีที่ } (25xx - 1) \end{array} \right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ } (25xx - 1)} \right] - \left[\frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด} \\ \text{ในปีที่ } (25xx - 1) - \text{ จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด} \\ \text{ในปีที่ } (25xx - 2) \end{array} \right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ } (25xx - 2)} \right] < 10$$

***โดย 'จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด' = จำนวนผู้ป่วยที่มี GFR < 15 รวมทั้งผู้ป่วย dialysis และไม่มีการวินิจฉัย AKI ภายใน 90 วันย้อนหลัง

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของ
ปีงบประมาณปัจจุบัน

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของ
ปีงบประมาณก่อนหน้า

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{B - A}{B} \times 100$$

สูตรคำนวณ วิธีคิดของปี 2567:

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566}) - A (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567})}{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566})} \times 100$$

$$\text{สูตรการคำนวณ} = \frac{10,000 - 9,000}{10,000} \times 100 = 10\%$$

(ตัวอย่าง)

ระยะเวลาประเมินผล

รายงานเป็นรายไตรมาสรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นน้อยกว่าลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับ ปีงบประมาณก่อน

วิธีการประเมินผล :

ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด

เอกสารสนับสนุน :

- คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2567	2568	2569
...	ร้อยละ	10	10	-

หมายเหตุ : Health Data Center ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
- โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851
E-mail : supervision.dms@gmail.com

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>	<p>ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail: wpichaiw@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com</p>
--	--	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)										
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน										
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>เกณฑ์การคัดแยก หมายถึง เกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน และคัดแยกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3027</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3228</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3429</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3630</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3027	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3228	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3429	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3630
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 70								
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3027	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3228	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3429	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3630								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน 2. ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลได้มาตรฐาน 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 										

	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน และมาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ที่บันทึก ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สผฉ.) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สช.) (ข้อมูลผู้ป่วย A และ B จัดเก็บจากห้องฉุกเฉิน) จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สผฉ.) 2. การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สช.) จากการบันทึกข้อมูล ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ทั้งหมด โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (สามารถประเมินรายไตรมาสได้ ถ้ามีรายงาน ER Visit รายไตรมาส)				
เกณฑ์การประเมิน:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 27	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 27	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 27	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 27	
วิธีการประเมินผล :	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5 27				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด 2. คู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต (Level 1+2) ที่มารับ บริการ ณ ห้องฉุกเฉินที่มา	ครั้ง	87,948	92,580	131,089 121,626

	โดย EMS				
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต (Level 1+2) ทั้งหมด ที่มาใช้บริการที่ ณ ห้อง ฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	338,487	354,516	รอข้อมูล จาก สธ. 666,520
		ร้อยละ	25.98	26.11	= 18.60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์ ตำแหน่ง: ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-1172-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: rangsan.k@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวศิริลักษณ์ พิทักษา ตำแหน่ง: พนง.ปฏิบัติการ กลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-1736-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: siriluk.p@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	42. จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง
คำนิยาม	<p>ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามประเภทการประเมิน 5 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) (Wellness Hotel) 2) ภัตตาคาร/ร้านอาหารสถานที่จำหน่ายอาหาร (Wellness Restaurant) 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล <p>ที่พักนักท่องเที่ยว หมายถึง โรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างสมดุล ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การพักผ่อน อาหารเพื่อสุขภาพ และมีสภาพแวดล้อมที่ดี โดยมีองค์ประกอบสำคัญตามมาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Green Health Hotel) และมีการส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ และมีเมนูสุขภาพเพื่อนักท่องเที่ยว ผู้รับบริการ (กรมอนามัย,2566)</p> <p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหารตามนิยามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้หรือทางสาธารณะ 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่น และผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน สถานที่จำหน่ายอาหาร SAN Plus ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร SAN 2. ผ่านการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ มือผู้สัมผัสอาหาร (ผ่านร้อยละ 90) และ 3. ผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ Plus (กรมอนามัย,2566) <p>แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง แหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</p> <p>การยกระดับแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรม/การประเมินตามเกณฑ์การยกระดับสถานประกอบการ/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเครือข่ายเป็นผู้กำหนด</p> <p>การสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง การสร้างความหลากหลาย และการแสดงอัตลักษณ์ถิ่น วัฒนธรรมชุมชน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการและสินค้าจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร</p> <p>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการในสถานประกอบการ 5 ประเภท และแหล่ง</p>

	<p>ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</p> <p>หมายเหตุ สถานประกอบการที่ขอรับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามการประเมิน 5 ประเภทนั้น จะต้องเป็นสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง</p>											
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>700 แห่ง</td> <td>800 แห่ง</td> <td>900 แห่ง</td> <td>1,000 แห่ง</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	700 แห่ง	800 แห่ง	900 แห่ง	1,000 แห่ง
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
700 แห่ง	800 แห่ง	900 แห่ง	1,000 แห่ง									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับสถานประกอบการ 5 ประเภทให้เป็นศูนย์เวลเนส และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร รองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วประเทศให้เกิดความเชื่อมั่นในกลุ่มนักท่องเที่ยว 2. เพื่อยกระดับผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยวระดับโลก 3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์ศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร และผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) (Wellness Hotel) 2) ภัตตาคาร/ร้านอาหารสถานที่จำหน่ายอาหาร (Wellness Restaurant) 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล 2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรทั่วประเทศ 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์เวลเนส (Wellness Center) และกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์เวลเนส (อยู่ระหว่างปรับปรุงเว็บไซต์ศูนย์เวลเนส ในเว็บไซต์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก) 2. กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ 3. การตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- 1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมินและรับรองศูนย์ เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิภาคสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร 2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	600 แห่ง 1. มีสถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 600 แห่ง	- 1. มีสถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 650 แห่ง 2. ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อยกระดับศูนย์ เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร	700 แห่ง 1. มีสถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ที่ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง จำนวน 700 แห่ง

วิธีการประเมินผล : นับรายชื่อสถานประกอบการ 5 ประเภทที่ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส และรายชื่อแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารสนับสนุน :
1. เกณฑ์การประเมินศูนย์เวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. หลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร
3. ประกาศผลการประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร และศูนย์เวลเนส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
ศูนย์เวลเนส และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร		จำนวน	-	30 แห่ง	539 แห่ง

ที่มา กองการแพทย์ทางเลือก กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ และกองวิชาการและแผนงาน *การตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ สิงหาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายกุลธนิต วนรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 กองการแพทย์ทางเลือก	ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 089-633-8765 E-mail : kulthanit.w@gmail.com
2. นางมณฑกา อีร์ชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 090-919-4391

	<p>โทรสาร : - E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>กองสมุนไพรรักษาโรค</p> <p>3. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางพันธุวิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5653</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : punvira.v@kkumail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวสุนัตรา ศรีดาวงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5637</p> <p>กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2. นางสาวพิมพ์พรรณ ลาภเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 2603 โทรสาร : -</p> <p>กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609</p> <p>กองสมุนไพรรักษาโรค</p> <p>4. นางพันธุวิรา เวยสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : -</p> <p>4. นางสาวลัดดาวัลย์ จาดพันธุอินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นางสาวมาลินี พาระพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2149-5653</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>56. นางสาวจิรวรรณ บุตรบูรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 083-122-1911 E-mail : sunuttra.s@gmail.com</p> <p>เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-570-5286 E-mail : pimpun@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 065-395-3914 E-mail : th.herbalcity@gmail.com</p> <p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 082-465-4945 E-mail : panvira06@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-143-3987 E-mail : joy_luddawanj@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-075-0660 E-mail : aoyparapong@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 093-335-6593 E-mail : sy9dtam@gmail.com</p>

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																																							
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	43. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																							
คำนิยาม	<p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลด อัตราป่วย อัตราตายของประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ 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. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด</p> <p>3. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่ 1 2 ต.ค. 66 ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจผู้ได้รับคัดเลือก บรรจผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น ตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อนไปเขตสุขภาพอื่น หรือที่กำหนดอัตราตั้งใหม่ ฯลฯ</p> <p>4. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทาง การใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเร่งรัดการบริหารอัตรากำลังให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี ตามมติ ครม. เรื่อง รายงานสรุปภาพรวมการบริหารกำลังคนของส่วนราชการในฝ่ายพลเรือนและแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ เมื่อวันที่ 28</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																																						

มิถุนายน 2565 ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ดังนี้

4.1 มีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงาน (ตำแหน่งในสายงานแพทย์และสายงานที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทางการแพทย์ ว11/2562) และการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการสรรหาและเลือกสรรตำแหน่งว่างพนักงานราชการ

4.2 มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง การดำเนินการตามข้อ 4.1 แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย โดยการคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง และบันทึกคำสั่ง/ข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

4.3 มีการรายงานผลการดำเนินการตามแผน หมายถึง มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย รายไตรมาส ภายในกำหนด

4.4 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผล เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่ **1-2** ตุลาคม 2566 คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 11 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ 3. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมติ ครม.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. จัดเก็บข้อมูลออนไลน์ (Google Drive) โดยเขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินการตามแบบฟอร์มที่กำหนด ผ่านระบบออนไลน์
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2567
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ ± 2 ต.ค. 66
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เขตสุขภาพมีแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. จัดส่งแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ภายในวันที่ 5 มกราคม 2567 โดยได้รับความ เห็นชอบจากผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้าการ ดำเนินการ ตามแบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 เมษายน 2567 ผ่านระบบออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 6	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินการ ตาม แบบฟอร์ม ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผ่านระบบ ออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	1. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินการตามแผนบริหาร ตำแหน่งว่างเป้าหมาย 2. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินการ ตาม แบบฟอร์ม ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 ผ่านระบบ ออนไลน์ 3. ≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4

*กำหนดการรายงานความก้าวหน้าฯ กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS) 2. กำกับ ติดตาม การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายจากฐานข้อมูลเขตสุขภาพ รายงานผ่านระบบออนไลน์ 3. ข้อมูลการรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 – 12
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผน บริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายของทุกเขตสุขภาพ
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	6.52	3.07	4.13

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	50. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่</p> <p>ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ให้บริการด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานอย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ 2. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ 4. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) 5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 6. มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง <p>หน่วยบริการ หรือ รพ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป / ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)</p> <p>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 2. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อระบบบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) 4. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 5. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดงสถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัดติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรฐานเพิ่ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564 (<https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/>)

รหัสที่ใช้บันทึก	รายละเอียด	หมายเหตุ
1	มารับบริการเอง	
2	มารับบริการตามนัดหมาย	
3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น	
4	ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS	
5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐานรหัสฯ กย. (พ.ศ. 2564)

แนวทางการตรวจ ติดตาม

1. ศทส. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th>
2. สำนักงานเขตสุขภาพ รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (เกณฑ์ให้บริการฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ รหัส 5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th -
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่

	น้อยกว่า 3,500 ครั้ง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100 หมายเหตุ 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับจังหวัด: ประเมินจำนวนครั้งการให้บริการ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน
ระดับเขตสุขภาพ: ประเมินจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ โดยเป้าหมายร้อยละ 60 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน
ระดับประเทศ: ประเมินจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด โดยเป้าหมายร้อยละ 60 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ปี 2567:

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ทุกจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบ telemedicine	1. จังหวัดจัดบริการ telemedicine 1,000 ครั้ง 2. รพศ. รพท. สามารถเปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ 20 ของประเภทคลินิก OPD ทั้งหมด	1. จังหวัดจัดบริการ telemedicine 2,000 ครั้ง 2. รพศ. รพท. สามารถเปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ 30 ของประเภทคลินิก OPD ทั้งหมด	1. จังหวัดจัดบริการ telemedicine 3,500 ครั้ง 2. รพศ. รพท. สามารถเปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ 50 ของประเภทคลินิก OPD ทั้งหมด

ระดับจังหวัด

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService-					
			คะแนน	1	2	3	4	5
			ไม่น้อยกว่า	2,100 ครั้ง	2,450 ครั้ง	2,800 ครั้ง	3,150 ครั้ง	3,500 ครั้ง

ระดับเขตสุขภาพ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก	มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง	มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ					
			คะแนน	1	2	3	4	5
			ไม่น้อยกว่า	20	30	40	50	60

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)</p> <p>ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการขออนุญาตยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง</p> <p>การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนด ดังต่อไปนี้</p> <p>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI <p>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ

	<p>4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน</p> <p>5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน</p> <p>6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมกับจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 (ประมาณ 200 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 (ประมาณ 300 แห่ง)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 (ประมาณ 400 แห่ง)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการใช้บริการด้านสาธารณสุข 4. เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมาคม TMI ตรวจสอบจำนวนโรงพยาบาล ที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
แหล่งข้อมูล	สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ (ข้อมูล ณ 3 ต.ค. 66 จำนวน 902 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A+B)}{C} \times 100$ <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับจังหวัด: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด กรณีคำนวณได้ค่า 0 ให้ปัดเป็น 1 แห่ง คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับเขตสุขภาพ: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพ คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ระดับประเทศ: มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด คิดเป็นคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรอง ร้อยละ 100 ของ รพ. มีการ แต่งตั้งกรรมการ รับผิดชอบ HAIT	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรอง เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก เจ้าหน้าที่ 200 คนได้รับการอบรม HAIT –ร้อยละ 5 ของ รพ. ในจังหวัดผ่านการอบรม HAIT และจัดทำแผน ตามมาตรฐาน HAIT	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง ร้อยละ 10 ของ รพ. ในจังหวัดผ่านการอบรม HAIT และจัดทำแผน ตามมาตรฐาน HAIT	มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง)

วิธีการประเมินผล :

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร แสดงรายงานจำนวน และรายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI จำแนกในระดับภาพรวมจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ ที่เว็บไซต์ <https://ict.moph.go.th>

เอกสารสนับสนุน :

- กรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2)
 - TMI Hospital IT Maturity Model v1.1
- *ข้อ 1 และ 2 สามารถดาวน์โหลดที่ <https://tmi.or.th/downloads/>
- หนังสือ “แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT) ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2566

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน HAIT	แห่ง	3	10	N/A

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางสาวสุธาทิพย์ คล้ายเหล็ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: khilaileng@moph.mail.go.th
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- นางสาวสุวันต์นา เสมอเนตร ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ
โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: ictmoph@moph.go.th
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1208 E-mail : ictmoph@moph.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail: ictmoph@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 2. นางสาวศิริพร เภรีฤกษ์ นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 087-0712746 E-mail: siriporn.pare@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 53.1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) 53.2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ ทหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{สินค้าคงเหลือ} - \text{หนี้สินหมุนเวียนอื่น}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ ทหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) ทหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = $\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$ 5. (Net Income : NI) = $\text{รวมรายได้} - \text{หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย}$ <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้นำหน้าหลักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว มาใช้ในการ</p>

	<p>จัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 0 - 1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2
ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 902 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 901 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$53.1. \text{ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)} \\ (A / C) \times 100$ $53.2. \text{ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)} \\ (B / C) \times 100$ <p style="text-align: center;">จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 902 แห่ง</p>

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4																																													
เกณฑ์การประเมิน :																																														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 0 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 1 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ $7 \leq$ ร้อยละ 2 ระดับ $6 \leq$ ร้อยละ 4																																										
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์																																													
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน																																													
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>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7</td> <td rowspan="5">ร้อยละ</td> <td>ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 0.6</td> <td>ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1</td> <td>ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1</td> <td>ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6</td> <td rowspan="5">ร้อยละ</td> <td>ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.2</td> <td>ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.1</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.3</td> <td>ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 1.3</td> <td>ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.3</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9</td> <td>ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8</td> </tr> <tr> <td>ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9</td> <td>ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0</td> <td>ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 0.6	ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4	ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.2	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.3	ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 1.3	ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.3	ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8	ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																												
		2564	2565	2566																																										
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.0																																										
		ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0																																										
		ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 0.6	ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.0																																										
		ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4																																										
		ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.1	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 0.4																																										
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	ร้อยละ	ไตรมาส 1/64 ร้อยละ 0.2	ไตรมาส 1/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 1/66 ร้อยละ 0.1																																										
		ไตรมาส 2/64 ร้อยละ 0.3	ไตรมาส 2/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 2/66 ร้อยละ 0.0																																										
		ไตรมาส 3/64 ร้อยละ 1.3	ไตรมาส 3/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 3/66 ร้อยละ 0.3																																										
		ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8																																										
		ไตรมาส 4/64 ร้อยละ 0.9	ไตรมาส 4/65 ร้อยละ 0.0	ไตรมาส 4/66 ร้อยละ 1.8																																										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901797 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : higmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวยุสมินทร์ เดชป่อง ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : Yasumin.dech@gmail.com สถานที่ทำงาน : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																													