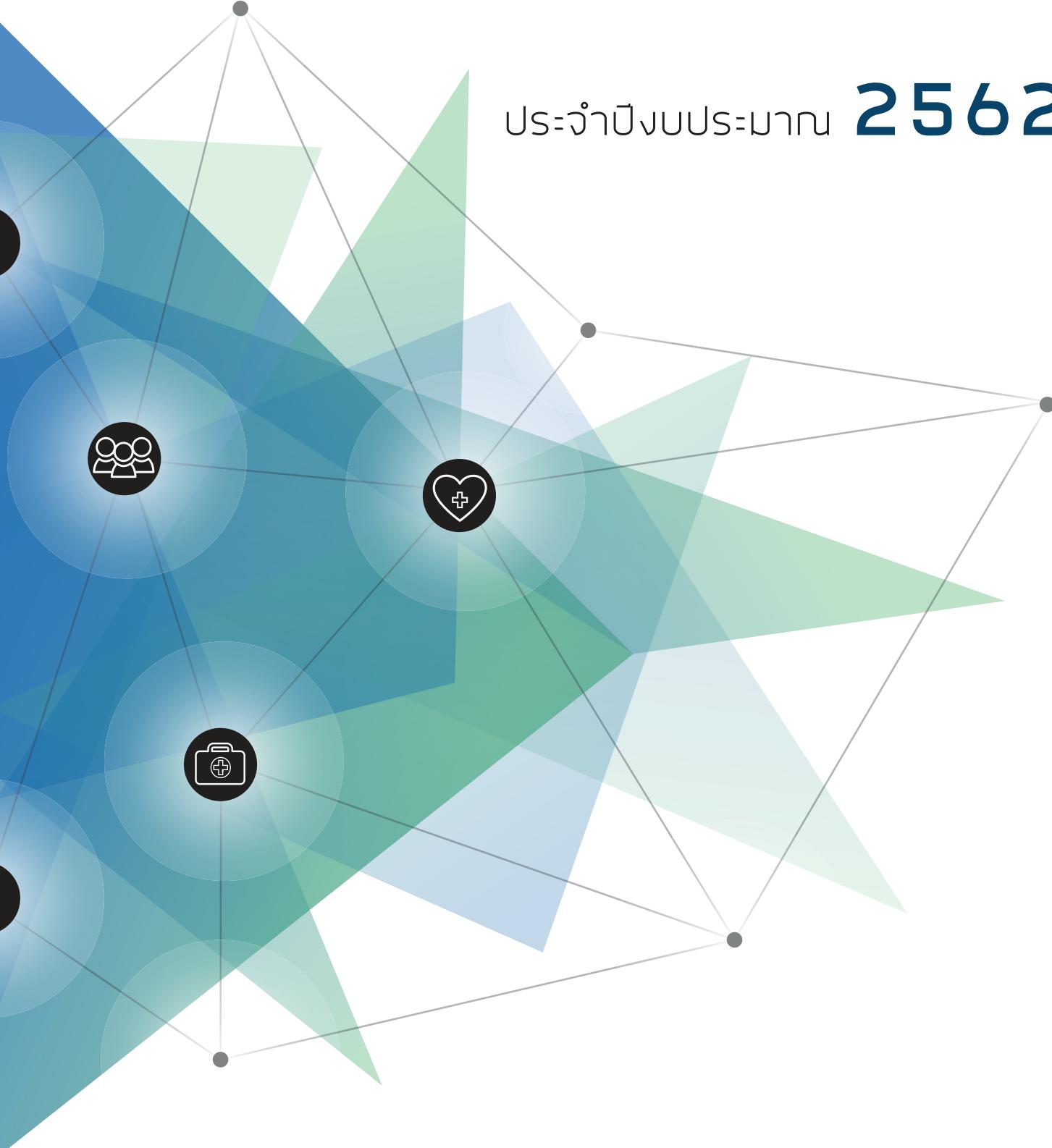




รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ **2562**



กองบุกค่าสตอร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

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

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

กระทรวงสาธารณสุข

พฤษภาคม 2561

สารบัญ

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด	ข
1	อัตราส่วนการตายมาตราด	1
2	ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	11
4	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่างกว่า 100	15
5	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	18
6	อัตราการคลอดมีซีฟในหญิงอายุ 15-19 ปี	23
7	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	28
8	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	34
9	ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	42
10	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	47
11	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	51
12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	86
13	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	91
14	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	94
15	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	97
16	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	106

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	116
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	119
19	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	123
20	อัตราตายทางการแทรกเกิด	126
21	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประจำคับประคองอย่างมีคุณภาพ	129
22	ร้อยละของผู้ป่วยนอกห้องหมอด้วยการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	135
23	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	139
24	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	143
25	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	146
26	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	157
27	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	162
28	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	165
29	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	167
30	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	172
31	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	175
32	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	177
33	ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	180
34	ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจาก การบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	183

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
35	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลพื้น สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	186
36	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	191
37	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1	198
38	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	206
39	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	209
40	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	220
41	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและ พัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	224
42	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	231
43	จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข	239
44	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	251
	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง	
45	สาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด	257
46	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่าน การรับรอง HA ขั้น 3	263
47	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	269
48	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	272
49	เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	274
50	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	279
51	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วย ใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	283
52	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบ หลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	285

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
53	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	289
54	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	300
55	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้	306

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA ปลด	ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค											
									Hard copy	Evalu ation	Surve y	electronic HDC other	Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic HDC other								
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองสุขภาวะเบื้องต้น (PP&P Excellence)																								
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (3 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
1	1. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	*1) อัตราส่วนการตายมารดา	กรมอนามัย	1	ประเทศไทย	จังหวัด	กรมอนามัย	/															
		2	*2) ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน <u>ตัวชี้วัดอย่าง</u> 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบ สงสัยล่าช้า 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตาม 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I	กรมอนามัย	2	จังหวัด	จังหวัด	HDC									/							
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงต่ำสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี <u>ตัวชี้วัดอย่าง</u> 3.1 ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการซั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง 3.2 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงต่ำสมส่วน 3.3 ส่วนสูงเฉลี่ยอายุที่อายุ 5 ปี 3.4 ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	HDC									/							
2	2. โครงการ พัฒนาและสร้าง เสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น	4	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 <u>ตัวชี้วัดอย่าง</u> 4.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	กรม สุขภาพจิต		ประเทศไทย	จังหวัด	กรม สุขภาพจิต (กทม.)	/			/ (จังหวัด)												
		5	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงต่ำสมส่วน <u>ตัวชี้วัดอย่าง</u> 5.1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงต่ำสมส่วน 5.2 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม 5.3 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเรื่องอ้วนและอ้วน 5.4 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย 5.5 ความครอบคลุม	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	HDC									/							

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพัฒนา PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค				
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic	
		6	3) อัตราการคลอดเมียในหญิงอายุ 15-19 ปี <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 6.1 อัตราการคลอดเมียในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC 6.2 อัตราการคลอดเมียในหญิงอายุ 15-19 ปี Adjusted	กรมอนามัย		ประเทศไทย	จังหวัด	HDC				/	/				
3	3. โครงการ พัฒนาและสร้าง สे�นต์ศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ	7	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและผู้สูงอายุรายยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด						/			
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
4	1. โครงการการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	8	*1) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ มีคุณภาพ	สปค./กบ รส./สว.	3	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด							/		
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																	
5	1. โครงการ พัฒนาระบบการ ตอบตัวภาวะ ฉุกเฉินและภัย สุขภาพ	9	1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และทีมมะตุชนักวิสาหกิจการณ์ (SAT) ที่สามารถ ปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุม โรค		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด							/		
6	2. โครงการ ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ	10	1) อัตราป่วยเบ้าหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบ้าหวาน และอัตรากลุ่ม สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิต ที่บ้าน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 10.1 ผู้ป่วยเบ้าหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบ้าหวาน 10.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน	กรมควบคุม โรค		จังหวัด	จังหวัด	HDC								/	

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพั้น PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
7	3. โครงการ คุ้มครองรู้สู้บริโภค ด้านเลือกกลุ่มที่ สุขภาพและ บริการสุขภาพ	11	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 11.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัย 11.2 ร้อยละของยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงปลดปล่อย ไม่พบการ ปลอมปนสเตียรอยด์	อย.		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	/							

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการลิ้งแวดล้อม

(1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

8	1.โครงการ บริหารจัดการ ลิ้งแวดล้อม	12	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยลิ้งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 12.1 ร้อยละโรงพยาบาลล้างดักกระทวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป 12.2 ร้อยละโรงพยาบาลล้างดักกระทวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 12.3 ร้อยละโรงพยาบาลล้างดักกระทวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 12.4 ร้อยละโรงพยาบาลล้างดักกระทวงสาธารณสุขที่ดำเนิน กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	กรม อนามัย/ กรมควบคุม โรค	4	ประเทศ	จังหวัด	กรมอนามัย	/							
---	------------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---	--------	---------	-----------	---	--	--	--	--	--	--	--

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเมิน เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค										
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur							
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																						
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ																						
(2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																						
9	1. โครงการ พัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ	13	*1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สปค.	5	ประเทศ	เขต	สปค.				/										
10	2. โครงการ พัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้าน สุขภาพ	14	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	สบส.		ประเทศ	จังหวัด	สบส.				/										
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																						
(17 โครงการ 22 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																						
11	1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคเม็ดติดต่อ เรื้อรัง	15	*1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวชี้วัดย่อย 15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) การรักษาใน Stroke Unit 15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันร้อยละเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	กรมการ แพทย์	6	ประเทศ	จังหวัด	HDC				/										

สรุปการวิเคราะห์ภาระมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพั้นก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
12	2. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ	16	*1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่	คร	7	ประเทศไทย	จังหวัด	คร				/				
13	3. โครงการ ป้องกันและ ควบคุมการตื้อยา ต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	17	*1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	8	ประเทศไทย	จังหวัด	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	/							
		18	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการตื้อยาด้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR)	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	9	ประเทศไทย	จังหวัด	กบรส./อย./ กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	/							
14	4. โครงการ พัฒนาศูนย์ความ เป็นเลิศทาง การแพทย์	19	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	กบรส.		เขต	จังหวัด	HDC								/
15	5. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	20	1) อัตราตายหารกแรกเกิด	กรมการ แพทย์		ประเทศไทย	จังหวัด	HDC				/				
16	6. โครงการการ ดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบ ประทับประคอง และการดูแล ผู้ป่วยที่เสียบพลัน	21	1) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	กรมการ แพทย์		เขต	เขต	เขต							/	

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพัฒนา PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
17	7. โครงการ พัฒนาระบบ บริการแพทย์ แผนไทยฯ	22	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโดย แพทย์แผนไทยและพื้นที่สู่แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก		จังหวัด	จังหวัด	HDC							/	
18	8. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช	23	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรม สุขภาพจิต		ประเทศ	จังหวัด	กรม สุขภาพจิต				/				
		24	2) อัตราการฟื้นตัวด้วยสำเร็จ	กรม สุขภาพจิต		ประเทศ	จังหวัด	กรม สุขภาพจิต				/				
19	9. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก	25	*1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	กรมการ แพทย์	10	ประเทศ	จังหวัด	HDC				/				
		26	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีห้อง Refracture Prevention	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	HDC				/				
20	10. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	27	1) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	กรมการ แพทย์		จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	/							
		28	2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กยพ.				/				
21	11. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคเมร징	29	1) ร้อยละผู้ป่วยเมริง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ที่กำหนด <u>ด้วยวิธีอย่าง</u> 29.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 29.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 29.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	กรมการ แพทย์		ประเทศ	เขต	กรมการ แพทย์				/				

สรุปการวิเคราะห์ภาพรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพั้น PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
22	12. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	30	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	กรมการ แพทย์		จังหวัด	จังหวัด	HDC							/	
23	13. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	31	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์					/			
24	14. โครงการ พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปศุสัตว์ อวัยวะ	32	1) อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	กรมการ แพทย์		ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์	/							
25	15. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ บำบัดรักษา ^{ผู้ป่วยยาเสพติด}	33	*1) ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามติดต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	กรมการ แพทย์	11	ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์					/			
		34	*1) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังเข้ารับการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	กรมการ แพทย์	12	ประเทศ	จังหวัด	กรมการ แพทย์					/			
26	16. โครงการการ บริบาลพื้นสุขภาพ ระยะกลาง (Intermediate care; IMC)	35	1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลพื้นสุขภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) <u>ตัวชี้วัดรอง</u> 35.1 ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการรับประทานพื้นสุขภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	กรมการ แพทย์		จังหวัด	จังหวัด	กรมการ แพทย์	/							

สรุปการวิเคราะห์ภาระรวมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นหนัก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
27	17. โครงการ พัฒนาระบบ บริการ one day surgery	36	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการ แพทย์		ประเทศไทย	เขต	กรมการ แพทย์				/				
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครัวเรือนและระบบการส่งต่อ ^(1 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																
28	1. โครงการ พัฒนาระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินครัวเรือน และระบบการส่ง ต่อ	37	*1) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1	กรมการ แพทย์	13	เขต	เขต	HDC								/
		38	2) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สพฉ.		จังหวัด	จังหวัด	สพฉ.				/				
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ																
29	2. โครงการ คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	39	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการป้องกันเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรม อนามัย/ กรมควบคุม โรค		ประเทศไทย	จังหวัด	จังหวัด				/				
แผนงานที่ 9 : อุดสาหกรรมทางการแพทย์ ^(1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																
30	1. โครงการ พัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและ การแพทย์	40	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	กรมการ แพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก		เขต	จังหวัด	เขต				/				

สรุปการวิเคราะห์ภาระตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

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

สรุปการวิเคราะห์ภาระมตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพั้นก PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
		46	*2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	กบรส.	17	ประเทศไทย	เขต	กบรส.				/				
		47	*3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	สปค.	18	ประเทศไทย	เขต	สปค.				/				

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบที่มุ่งสนับสนุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

35	1. โครงการพัฒนาระบบที่มุ่งสนับสนุนเชิงวิเคราะห์สุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	48	1) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	กยพ.		ประเทศไทย	จังหวัด	กยพ.	/							
36	2. โครงการ Smart Hospital	49	*1) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	ศทส.	19	ประเทศไทย	เขต/จังหวัด	ศทส.	/							
		50	มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	ศทส.	20	ประเทศไทย	เขต	ศทส.	/							

แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

37	1. โครงการลดความเหลือล้าของ 3 กองทุน	51	1) ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	สปสช.		ประเทศไทย	ประเทศไทย	สปสช.			/					
		52	2) ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	กศภ.		ประเทศไทย	ประเทศไทย	กศภ.	/							

สรุปการวิเคราะห์ภาระตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 55 ตัว ประจำปีงบประมาณ 2562

ที่	แผนงาน/ โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงาน รับผิดชอบ	ประเด็น เน้นพั้น PA	ระดับการ รายงาน	ระดับการ แสดงผล	หน่วยงาน บันทึกผล	ส่วนกลาง				ส่วนภูมิภาค			
									Hard	Evalu	Surve	electronic	Hard	Evalu	Sur	electronic
38	2. โครงการ บริหารจัดการ ด้านการเงินการ คลัง	53	*1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กศภ.	21	ประเทศไทย	เขต	กศภ.	/							
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																
39	1. โครงการ พัฒนานวัตกรรม นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยี ทางการแพทย์	54	1) จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ^{ต่อยอด}	กรมการ แพทย์/ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์		ประเทศไทย	ประเทศไทย	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	/				/			
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนาภูมายield ด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																
40	1. โครงการปรับ โครงสร้างและ พัฒนาภูมายield ด้านสุขภาพ	55	1) ร้อยละของภูมายield ที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้ ตัวชี้วัดย่อย 55.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาภูมายield ด้านสุขภาพ 55.2 ระดับความสำเร็จของการรังสรรค์ให้ภูมายield ขององค์ประกอบที่ กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ	กองกงภูมายield		ประเทศไทย	ประเทศไทย/ จังหวัด	กองกงภูมายield	/							

15 แผนงาน 40 โครงการ 55 ตัวชี้วัด

21

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)						
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย						
ระดับการแสดงผล	ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมาratio						
คำนิยาม	<p>- การตายมาratio หมายถึง การตายของมาratio ไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุจากการเกิดมีชีพเสนอคน</p> <p>- การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> <th>ปีงบประมาณ 2563</th> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน
ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564					
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ เสนอคน					
วัตถุประสงค์	<p>1. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมาratioจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</p>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมาratio แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมาratio แก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย</p> <p>3. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบถามการตายมาratio (ก1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน</p> <p>4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมาratio (รายงานการ Conference Case มาratio ของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน</p>						

แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมาตรการตามห่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีซีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีซีพแสนคน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีซีพแสนคน

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีซีพแสนคน

วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - แบบรายงานการตามมาตรา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตามมาตรา (อื่นๆ ถ้ามี) - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) 					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	อัตราส่วนการ ตามมาตรา	อัตราส่วนการตามต่อ การเกิดมีซีพแสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com					

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางวรรณา ลีม Jarvis โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 08 6546 5561 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พ布สังสัยล่าช้า

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสังสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

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

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

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

หมายเหตุ : เป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินใน ปี 2562

แต่นำมาแสดงให้เห็นว่ามีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกใน โปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัด กรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสังสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)

รายการข้อมูล 4	$D = \frac{\text{จำนวนเด็กอายุ } 9, 18, 30 \text{ และ } 42 \text{ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)}}{\text{ส่งต่อทันที} (1B262 : \text{เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน})}$								
รายการข้อมูล 5	$E = \frac{\text{จำนวนเด็กอายุ } 9, 18, 30 \text{ และ } 42 \text{ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง สงเสริมพัฒนาการตามวัย } 30 \text{ วัน (1B261) \text{ แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ } 2}$								
รายการข้อมูลที่ 6	$F = \frac{\text{จำนวนเด็ก } 9, 18, 30 \text{ และ } 42 \text{ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คูมีอ ฝ่ายร่วมและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ } 5 \text{ ด้าน ใน การตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ } 5 \text{ ด้านภายใน } 30 \text{ วัน}(1B260)$								
รายการข้อมูลที่ 7	$G = \text{จำนวนเด็กอายุ } 9, 18, 30 \text{ และ } 42 \text{ เดือน มีพัฒนาการล่าช้า}$								
รายการข้อมูลที่ 8	$H = \text{จำนวนเด็กอายุ } 9, 18, 30 \text{ และ } 42 \text{ เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I}$								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $= \frac{B}{A} \times 100$</p> <p>2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบรับสั่งล่าช้า $= \frac{C+D}{B} \times 100$</p> <p>3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม $= \frac{E}{C} \times 100$</p> <p>4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I $= \frac{H}{G} \times 100$</p> <p>5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $= \frac{F}{B} \times 100$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม)								
เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้									
ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ									
<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>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90						
ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบรับสั่งล่าช้า									
<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>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20						

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสังสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

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

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1. พัฒนาศักยภาพ และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM

และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.1 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก โดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสังสัยล่าช้า

1.3 พัฒนาระบบทดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง

1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น

1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่

2.2 ตรวจเยี่ยมและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว

3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกหัดฟัน ฝึกหัดวิ่งพัฒนาการ

3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

Small Success :

3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
1. บุคลากรสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และ กระตุนพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง	1. บุคลากรสาธารณสุข ครุพิเลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากรักษา 2. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุนพัฒนาการด้วย TEDA4I	1. รณรงค์การคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย 2. ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุนพัฒนาการด้วย TEDA4I	1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบร่องสัญญาช้า 1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 1.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุนพัฒนาการด้วย TEDA4I 2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือ ดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม	3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการคัดกรอง กระตุน ติดตาม พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 4. มีระบบเฝ้าระวังการลงทะเบียน ประจำบัญชีควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัด และระดับเขต	3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการคัดกรอง กระตุน ติดตาม พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการประเมินตนเองตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ	
วิธีการประเมินผล :		ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน	

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (HDC 2561)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	80.5	81.4
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการพบสังสัยล่าช้า (HDC 2561)	16.0	ร้อยละ	12.0	16.0	16.4
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสังสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (HDC 2561)	73.3	ร้อยละ	57.0	73.3	77.9
4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I (HDC 2561)	38.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	34.2	38.5
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (HDC 2561)	95.8	ร้อยละ	90.6	95.8	95.5

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบร่วม

1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศไทยพบที่ร้อยละ 8.9)
 2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไทยตั้งหัวนับเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0
- ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

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

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

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ข้อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์กรอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์กรอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง $+1.5 \text{ SD}$ ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มาตรา จนถึงอายุ 2 ปี มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหลูบงตั้งครรภ์ อาหารหลูบงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหลูบงตั้งครรภ์และหลูบงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาวะอาหารและน้ำ</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาวะอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อบต. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาวะอาหารและน้ำ

	3. มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงาน 总体规划เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพ ช่องปากในบริการเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	57	60	63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	113 112

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลนำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ซึ่งนำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการซึ่งนำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (งวดที่ 1 เดือนตุลาคม งวดที่ 2 เดือนมกราคม งวดที่ 3 เดือนเมษายน งวดที่ 4 เดือนกรกฎาคม)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
- มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน พื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)
- มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

- หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
- หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
- หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
- หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนพื้นไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
- แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
- ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
- infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
- Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
- VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

*ข้อมูลรายงานจาก HDC จวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณัฐวรรณ เชawan ลิลิตกุล	รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339
	2. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิน	ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904338 E-mail : nutwan65@gmail.com
		สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339	นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th
	2. นางสาววรารณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th
	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339	ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th
	2. นางสาววรารณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th
	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจนครบาล ตำรวจนครบาล จังหวัดทั่วประเทศ และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาก เป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการ ของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถ ของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ค่าปัจจุบันที่ค่า = 100</p>

เกณฑ์เป้าหมาย 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

เกณฑ์เป้าหมายย่อย 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการบรรทุน

พัฒนาการด้วย TEDA4I

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย 1 เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริม การศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิและราชภัฏ) กรม ส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจนครบาล ตำรวจนครบาล จังหวัดทั่วประเทศ และ สังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ

	เป้าหมายย่อย 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า คือ เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่มาประเมินช้า ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป้าหมาย 1 ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1ทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย 1.1 ปี 2562 – 2565 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) (ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวมรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ)
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย 1 ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี) เป้าหมายย่อย 1.1 ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวมรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการgradeต้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 = (A/B) 2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการgradeต้นพัฒนาการด้วย TEDA4I = (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการgradeต้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการgradeต้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 65

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1.ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุนพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และเพิ่ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ	
เอกสารสนับสนุน :		<ul style="list-style-type: none"> - บทความพื้นพูดวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต 	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2559 2560 2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ค่าเฉลี่ยของระดับ สติปัญญาเด็กไทย	-	98.23 - -
	1.1ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุน พัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ	80.05 (ใช้ข้อมูลการ รายงานจาก พื้นที่) 78.93 (ใช้ข้อมูลการ รายงานจาก พื้นที่) 34.41 (15 ส.ค.61)
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อภาฯ สุทธิพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ7039 โทรสาร : 02-6402034		
	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต		
	1.แพทย์หญิงจันทร์อภาฯ สุทธิพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรสาร : 02-6402034 กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต		

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนที่เรียนในเขตรับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ)
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$1. \text{ร้อยละเด็กอายุ } 6-14 \text{ ปี สูงดีสมส่วน} = (A1/B1) \times 100$ $2. \text{ร้อยละเด็กอายุ } 6-14 \text{ ปี มีภาวะผอม} = (A2/B1) \times 100$ $3. \text{ร้อยละเด็กอายุ } 6-14 \text{ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน} = (A3/B1) \times 100$ $4. \text{ร้อยละเด็กอายุ } 6-14 \text{ ปี มีภาวะเตี้ย} = (A4/B1) \times 100$ $5. \text{ความครอบคลุม} = (B1/B2) \times 100$ $6. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ } 12 \text{ ปี} = (A5 / B3)$ $7. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ } 12 \text{ ปี} = (A6 / B4)$
ระยะเวลารายงาน	<p>วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

หมายเหตุ

ค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

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

วิธีการประเมินผล :

- จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
 - จัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขึ้นเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน
 - จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กวัยเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพัฒนาระดับสุขภาพที่พึงประสงค์ และดำเนินการตามแผน
 - จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)
 - รณรงค์ดื่มน้ำจืด ปีละ 2 ครั้ง ในวันเด็กแห่งชาติและวันดื่มน้ำโลก

	<p>- ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการอย่างน้อย จังหวัดละ 3-5 โรงเรียน</p> <p>- พัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher ระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วนและจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย)</p> <p>- จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก น้ำ ไข่ ที่เป็นรูปธรรม</p> <p>- ผลักดันให้มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมทุกระดับ</p> <p>1.4 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.5 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ - จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ Smart Kids Coacher - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดื่มน้ำใจดีเนื่องในวันเด็กแห่งชาติและวันดื่มน้ำโลก - รายงานจำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ จากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่า เป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html PDF :http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf</p> <p>2. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย</p> <p>3. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กวัยนักลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการ สาธารณสุขและคลินิก DPAC</p> <p>4. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)</p>

		5. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 6. หนังสืออยากรอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 7. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 8. หนังสือเมนูผักกุกน้อย 4 ภาค		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2559	2560
	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงต่ำส่วน	ร้อยละ	63.2	65.2
	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.6	5.0
	เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	11.1	11.1
	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.9	5.1
	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2564	เซนติเมตร	-	ชาย = 148.6 หญิง = 149.9
	หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทญ์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวاث โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์ : 02-5904339 2. นางสาวพรวิภา ดาวดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์ : 02-5904339	นายแพทญ์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th	กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 02-5904336			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวใจรัก ลอยสังเคราะห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์ : 02-5904339 2. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารกิตติ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์ : 02-5904339 กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th	กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)						
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. อัตราการคลอดมีซีพในหญิงอายุ 15-19 ปี						
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน						
เกณฑ์เป้าหมาย (อัตราต่อพัน)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>38</td> <td>36</td> <td>34</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	38	36	34
ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564					
38	36	34					
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีซีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข						
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีซีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย						
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีซีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีซีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีซีพ (LBORN)						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีซีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = $(A/B) \times 1,000$						
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราการคลอดมีซีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร์ ปีที่ผ่านมา/อัตราการคลอดมีซีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของห้าปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 $\times 4$ ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 $\times 4/2$ ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 $\times 4/3$ ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	AXB						

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

Small success

ส่วนกลาง

1. มีการประชุม คณะกรรมการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น	1. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569	1. กฎกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้ 2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริม ความรู้และทักษะชีวิตให้แก่ วัยรุ่นและเยาวชน	1. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น 2. มีการรายงานผลการ ดำเนินงานขับเคลื่อนการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. มีการจัดทำแผนการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น	3. สนับสนุนการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ เขตสุขภาพ ผ่านกลไก คณะกรรมการระดับชาติ		3. มีผลการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน

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

1. คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานครมีการ ประชุมหรือมีการกำหนด แผนการประชุม ประจำปี 2562	1. ประสานงานและสนับสนุน การจัดประชุมอนุกรรมการ การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ ติดตามความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของอนุกรรมการฯ 2. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงานป้องกัน	1. มีการเยี่ยมประเมินและ รับรองโรงพยาบาลตาม มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณา การและอำเภออนามัยการ เจริญพันธุ์ 2. มีการขยายบริการ คุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลัง	1. มีการจัดประชุม คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ จังหวัดจำนวน 2 ครั้ง 2. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต</p> <p>3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาลสถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p> <p>4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขต</p> <p>3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น</p> <p>4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>คลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3. มีการขยาย อปท.ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด</p>	<p>การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p> <p>4. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง	1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง	1. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง 2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย
2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาลสถานศึกษา) ที่หลากหลาย	2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาลสถานศึกษา) ที่หลากหลาย	
3. มีแผนการจัดทำเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่	3. ตรงตามความต้องการ	ตรงตามความต้องการ	

วัยรุ่นอย่างเพียงพอ พร้อม สำหรับให้บริการ			
----------------------------------------------	--	--	--

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

รอบระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561–กุมภาพันธ์ 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted) รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562–กรกฎาคม 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

มาตรการสำคัญ	<p>มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล ให้บรรลุผล : PIRAB (P=Partnership, I=Investment, R=Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p> <p>P=Partnership /R=Regulation:</p> <ol style="list-style-type: none"> เร่งรัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและ คณะกรรมการระดับชาติ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่าง กระทรวง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดอย่างเป็น รูปธรรม เร่งรัดการดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ใน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของ หน่วยงานในจังหวัด <p>Building capacity:</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการ เจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคุณภาพที่ เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการ ปฏิบัติงานบริการวัยรุ่นระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ <p>Investment:</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุณภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในด้านการได้รับบริการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัวหลังคลอดหรือ หลังแท้งที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์การคุณภาพที่ พร้อมสำหรับการให้บริการ
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>P=Partnership</p> <p>5. ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพในการให้บริการวัยรุ่นตาม มาตรฐานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริม กลไกอำเภอnamมีการเจริญพันธุ์</p> <p>Advocacy:</p> <p>6. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หมายหล่ายตรงตามความต้องการ</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>25560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการคลอดมีซีพีใน หญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจาก ฐานทะเบียนราษฎร์)</td><td>อัตราต่อ^{ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน}</td><td>44.8</td><td>42.5</td><td>39.6</td></tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	25560	อัตราการคลอดมีซีพีใน หญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจาก ฐานทะเบียนราษฎร์)	อัตราต่อ ^{ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน}	44.8	42.5	39.6
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2558	2559	25560										
อัตราการคลอดมีซีพีใน หญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจาก ฐานทะเบียนราษฎร์)	อัตราต่อ ^{ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน}	44.8	42.5	39.6										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทัยบุญฤทธิ์ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรศาร : 02-5904163</p> <p>2. นางปิยารัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศาร : 02-5904163 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>													
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1 นางปิยารัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 โทรศาร 02-590-4163 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>													

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)						
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์						
คำนิยาม	<p>มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชุมชนผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชุมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จาก สถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสาขาฯ/ ทีมหมออครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท่องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชุมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชุมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใน พื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชุมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการ ป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95					
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้vantกรรม และเทคโนโลยีในการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสาขาฯ/ หน่วยบริการปฐม ภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “ สังคมไทย สังคมสุงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน ”</p>						

	2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแอดด์ในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชาญขอบ และแรงงานข้ามชาติ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ใน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสาน หน่วยงานภาครัฐหรือข่าย เพื่อวางแผนการ ดำเนินงาน	1) พัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ การปฏิบัติงานของ Care Manager/ Caregiver 2) พัฒนาแนวทางการ ประเมินคัดกรองดูแล ผู้สูงอายุ 3) มีช่องทางการสื่อสาร ระบบข้อมูล Long Term Care ผ่านระบบ Digital On line 4) มีการพัฒนาระบบ โปรแกรมแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคลผ่าน	1) มีแนวทางขับเคลื่อน การดำเนินการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุแบบ องค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคม ผู้สูงอายุ 2) มีแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุในเขตเมือง ด้วย นวัตกรรม Application และ Digital	1) มีนวัตกรรมการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 13 เรื่อง 2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน 3) มีบัญชี/ทะเบียน นวัตกรรม 4) มีรายงานผลการ ดำเนินงาน Long Term Care ประจำเดือน/ราย ไตรมาสและรายปี ตาม ระบบโปรแกรมการรายงาน
2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาครัฐหรือข่ายใน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้ง			

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวแบบองค์รวมและ ชี้แจงประสานหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผน แผนการดำเนินงาน</p> <p>2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายใน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/ เขตสุขภาพ/จังหวัด</p> <p>3) มีการพัฒนาระบบ โปรแกรมการรายงาน ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนว ทางการให้บริการ/ มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ใน รูปแบบออนไลน์</p> <p>2) มีการพัฒนาคู่มือ/ แนวทาง การอบรม เพิ่มพูนทักษะ Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการ เรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ ดำเนินงาน "ศูนย์กตัญญู ดูแลพ่อแม่ : Day Care" อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (13 แห่ง)</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการ พัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน มาตรฐานหลักสูตรและ มาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการ ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม. และ 420 ชม.</p> <p>3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อีก น้อย 1 เรื่อง/เขตสุขภาพ</p> <p>2) มีการจัดทำระบบรายงาน บัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่าน ระบบออนไลน์</p> <p>3) มีระบบการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพ หลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรม และปฏิบัติงานการดูแล ผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม.</p> <p>4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบบทเรียน เผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการ ดำเนินงานในระดับนานาชาติ</p> <p>5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอ เชิงนโยบายต่อผู้บริหาร</p>

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบบองค์รวมและชี้แจง ประสานหน่วยงานภาคี</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนว ทางการให้บริการ/ มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ใน รูปแบบออนไลน์</p> <p>2) มีการพัฒนาคู่มือ/ แนวทาง การอบรม</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ ดำเนินงาน "ศูนย์กตัญญู ดูแลพ่อแม่ : Day Care" อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง (26 แห่ง)</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการ พัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application[*] อย่างน้อย 2 เรื่อง/ เขตสุขภาพ</p>

เครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน	เพิ่มพูนทักษะ Care manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์	มาตรฐานหลักสูตรและ มาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม. และ 420 ชม.	2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรมผ่านระบบออนไลน์
2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้ง ส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด	3) มีการพัฒนาคู่มือ /แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์	3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map	3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรม และปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม.
3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ			4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ
			5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

วิธีการประเมินผล :	1. พื้นที่ประเมินตนเองขององค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6 , 9 และ 12 เดือน
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิ่งผึงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager 4. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชม. และ 420 ชม. กระทรวงสาธารณสุข 5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี”

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	ร้อยละของ ตำบลที่มีระบบ การส่งเสริม สุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long	ร้อยละ	27 ทุกตำบลทั่ว ประเทศ 1,958 ตำบล (จาก 7,255 ตำบล)	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่ นำร่อง โครงการ LTC 1,067 ตำบล)	81.2 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่ เข้าร่วม โครงการ LTC 4,469 ตำบล)	71.7 ทุกตำบลทั่ว ประเทศ (จาก 7,255 ตำบล)

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

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

เกณฑ์ประเมิน

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
<p>มีการประชุม คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบท ในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตาม ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น</p>	<p>-มีคณะกรรมการ วางแผน กำหนดแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่ กำหนด</p> <p>-มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต</p>	<p>มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดย การประเมินตนเองและผู้ เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>อำเภอ มีการดำเนินการ และผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60</p>	
วิธีการประเมินผล :			<p>1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.มีคณะกรรมการในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากร ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมี ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่ง ระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต ร้อยละ 60</p>	
เอกสารสนับสนุน :			<p>1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2.คู่มือประกอบการพิจารณาและเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p>	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2559 2560 2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.ยงยศ ธรรมชาติ		ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238		นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
		โทรศัพท์มือถือ : 0819230536		โทรศัพท์มือถือ : 0819230536
		โทรสาร : 02 590 1239		E-mail : yyt2508@gmail.com

	<p>2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรศาร : 02 590 1239</p> <p>3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761</p> <p>โทรศาร : 0 2590 1802</p> <p>4. นพ.ประสิทธิชัย มั่งจิตร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรศาร : 02 590 1239</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0819230536</p> <p>E-mail : swiriya04@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030</p> <p>E-mail : ttunakh@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0819230536</p> <p>E-mail : peed.pr@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นาง Jarvis จันทร์เพชร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939</p> <p>โทรศาร : 025901938</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>2. นางเกรลิน ชื่นเจริญสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743</p> <p>โทรศาร : 025901641</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางสมลินี เกษมศิลป์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630</p> <p>โทรศาร : 025901641</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>4. นางเอ็อมพร จันทร์ทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238</p> <p>โทรศาร : 02 590 1239</p> <p>สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0817333082</p> <p>E-mail : jchanohet@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0898296454</p> <p>E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0817472052</p> <p>E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0811316800</p> <p>E-mail : auam2702@gmail.com</p>

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

- การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	<u>มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ</u>	<u>มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย</u>	<u>cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมร่วมด้วยบางส่วน</u>	<u>fully integrate เป็น โครงการข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและ แนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมร่วมด้วย</u>	<u>ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม กับ เครือข่าย สุขภาพ ในทุก ประเด็นสุขภาพ ร่วมด้วย สำคัญ</u>	<u>ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)</u>
Customer Focus	<u>มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive</u>	<u>มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง</u>	<u>มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของ ประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชาชน</u>	<u>มีการเรียนรู้และ พัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการ การของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผู้พัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่าย บริการปัจมุกุฎิ</u>	<u>ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาพื้นที่) และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)</u>	

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	<p><u>มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมร่วม</u></p> <p>ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น</p>	<p>ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ร่วม</p> <p>ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม</p>	<p>ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม</p>	<p>ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น</p>	<p>ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วม วางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมให้บริการปฐมภูมิ</p>	
Appreciation	<p>มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร</p>	<p>มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ</p>	<p>ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้อง กับภารกิจที่จำเป็นอย่าง เป็นระบบ</p>	<p>เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท</p>	<p>สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่า และเกิดความผูกพันในงานของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ</p>	<p>ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร</p>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือ บางระบบ	มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ในแหล่ง	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ในแหล่ง	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับ ประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

หมวด	Promotion, Prevention &Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	9. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน และเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี่ออกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถรับผิดชอบมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

	<p>All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมี ประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่ กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	<p>ปี 2562 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 90)</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)</p> <p>ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)</p> <p>ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)</p>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

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

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	<p>ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)</p> <p>หมายเหตุ:</p> <p>1. ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นจังหวัด (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในปีงบประมาณ 2561 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ)</p> <p>2. หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจ ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน</p>	<p>1. คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด</p> <p>2. รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชื่อไม่รวม)</p>
2	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรค และภัยสุขภาพในพื้นที่ได้	<p>1. ตารางการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์</p>

			<p>2. รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) ทุกสัปดาห์</p> <p>3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด</p> <p>หมายเหตุ : นับเป็นปีงบประมาณ</p>
3	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด		<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอย่างน้อย 2 ฉบับ
4	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมภัยปะยานได้ หรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)		<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข 2. หรือ มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสังการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP 3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC
5	<p>จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)</p> <p>หมายเหตุ : หน่วยงานในระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด ถึง ระดับอำเภอ)</p>		<p>ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)</p>

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอแบบรายงานพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ	
				2559	2560
ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2562		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903155 2. น.ส.บวรรรณ ดิเรกโภค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903238 โทรศาร : 02-5903812 3. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903092 โทรศาร : 02-5903812 4. น.ส.วัชรากรณ์ ยุบลเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903157 โทรศาร : 02-5903812	โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083 831 8999 E-mail : borworn67@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : vacharapornaun@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. น.ส.บวรรรณ ดิเรกโภค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศาร : 02-5901784 2. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศาร : 02-5901784 3. น.ส.วัชรากรณ์ ยุบลเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903157 โทรศาร : 02-5903812	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083 831 8999 E-mail : borworn67@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : vacharapornaun@gmail.com			

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)												
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ												
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัด	10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน												
ตัวชี้วัดย่อย	10.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 10.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน												
คำนิยาม	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับRPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ 2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการเข้าทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ 2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทาง การวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุข แล้ว												
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</td> <td>≤ ร้อยละ 2.05</td> <td>≤ ร้อยละ 1.95</td> <td>≤ ร้อยละ 1.85</td> </tr> <tr> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td> <td>≥ ร้อยละ 30</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	2562	2563	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.05	≤ ร้อยละ 1.95	≤ ร้อยละ 1.85	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
ตัวชี้วัด	2562	2563	2564										
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.05	≤ ร้อยละ 1.95	≤ ร้อยละ 1.85										
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50										
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากการกลุ่มสงสัยป่วย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3												

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชากรสังสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสังสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A1/B1) \times 100$ 2.อัตราประชากรกลุ่มสังสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	-	-	-	<ร้อยละ 2.05
อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 50	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 90
อัตราประชากรกลุ่มสังสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 20	\geq ร้อยละ 30

หมายเหตุ : *คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และลดมลภาวะ

2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี

** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
--------------------	---------------------------

เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ								
			2558	2559	2560	2561					
	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	1.80	1.89					
	2.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	-	-	-	26.80					
	ที่มา : 1.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 กันยายน 2561 2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973 2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasith@gmail.com		รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com							
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค										
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<u>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</u> 1.นางสาวนรรธิวรรณ พันธ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 2. นางสาววรรัญญา ผลผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688 3.นางสาวสุภาร พ หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688 4.นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ										

<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p> <p>อัตราภัยลุ่มสูงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวณัฐชิวรรณ พันธ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903964 2. นางสาวอลิสรา ออยเลิศลบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-5903964 3. นางสาวอีสตีน่า อุส奴น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-5903986 <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rukmoei@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : alissara2559@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : isteena_143@hotmail.com</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

	<p>เยื่อบุในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือรังับกลืนกาย หรือปอกปองดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทินต่าง ๆ สำหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย</p> <p>2.5 ยาแผนโบราณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาแผนโบราณกลุ่มเสียง หมายถึง ยาแผนโบราณที่มีทะเบียนตำรับตามกฎหมาย ที่อยู่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างโดยอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) โรคเก้า 2) โรคไขมัน 3) เบาหวาน 4) ความดัน 5) หอบหืด 6) ข้อเสื่อม 7) CKD <p>3. การตรวจสอบ หมายถึง การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสียงจากสถานที่เก็บตัวอย่าง ตามที่กำหนด เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และเก็บตัวอย่างยาแผนโบราณกลุ่มเสียง จากครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างมาทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย โดยไม่นับรวม เรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉินหรือวิเคราะห์ช้า</p> <p><u>หมายเหตุ</u> : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสียง ให้แยกผลการตรวจอวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจน</p> <p>4. แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสียง หมายถึง แผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสียง 5 กลุ่ม</p> <p><u>หมายเหตุ</u> : รายละเอียดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของผลิตภัณฑ์กลุ่มเสียงแต่ละกลุ่ม ตามเอกสารแนบ</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
80	80	80

วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสียงที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส

แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A_{1-4} = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ A_1 .= ผักและผลไม้สด, A_2 = นมโรงเรียน, A_3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พัฒนาที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ A_4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีความปลอดภัย
รายการข้อมูล 2	B_{1-4} = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม ได้แก่ B_1 .= ผักและผลไม้สด, B_2 . นมโรงเรียน, B_3 = ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พัฒนาที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ B_4 = เครื่องสำอาง ที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนยาแผนโบราณที่ปลอดภัย ไม่พบรการปลอมปนสเตียรอยด์ (ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่าย)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนยาแผนโบราณกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่นำมาตรวจ

สูตรคำนวนตัวชี้วัด

$$[[\frac{(A_1/B_1 \times 100)+(A_i/B_i \times 100)}{2}] + \frac{(C/D) \times 100}] / 5 \text{ หมายเหตุ : } i \text{ คือ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ 1 - 4$$

ระยะเวลาประเมินผล 4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2562 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง			
มีแผน/โครงการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ส่วนกลาง หมายถึง พื้นที่กทม. ใช้แผนจัดการความเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. สำหรับส่วนภูมิภาคให้จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ในส่วนภูมิภาค	ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้ร้อยละ 50 จากเป้าหมาย	ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 100 จากเป้าหมายรวม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐาน ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	-		

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการ ตรวจสอบได้มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	77.32	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ผักและผลไม้สด</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาววรดา อํานุญ โทรศัพท์ : 02-590-7014 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์ โทรศัพท์ : 02-590-7218 โทรสาร : 02-591-8460</p> <p>2. นมโรงเรียน</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวโซฉินภา เหล่าไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรสาร : 02-591-8460 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรสาร : 02-591-8460</p> <p>3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พัฒนาการที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้าง สมรรถภาพทางเพศ</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรสาร : 02-591-8460 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรสาร : 02-591-8460</p>		สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) E-mail : law.dreamt@gmail.com	สำนักอาหาร อย. โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136 E-mail : planning.food@gmail.com	สำนักอาหาร อย. โทรศัพท์มือถือ : 081-055-7988 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com	

	<p>4. เครื่องสำอาง ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย อย. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7277 โทรสาร : 02-591-8468</p> <p>5. ยาแผนโบราณ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด : ภาค วรารุษ เสริมสินสิริ สำนักยา อย. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9623 โทรศัพท์มือถือ : 089-796-1437 E-mail : varavoot@hormail.com</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	<p>ส่วนภูมิภาค</p> <p>1.นายอาทิตย์ พันเดช ตำแหน่ง : เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7383 โทรศัพท์มือถือ : 084-795-6951 โทรสาร : 02-591-8484 E-mail : artypun@gmail.com</p> <p>กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ)</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนกลาง</p> <p>1. นางนิธิวดี บัตรพรรนนະ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 093-329-6998 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : pattana@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ อย.</p>

ประเด็น : ผักและผลไม้

<u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)
<u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุมเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กานอ-ฟอสเฟต กลุ่มคาร์บามे�ต กลุ่มออร์แกโนคลอโร린 และกลุ่มไพริทรอยด์</p> <p>3. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) หรือสถานที่จำหน่าย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้</p> <p>1. <u>กิจกรรมการตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</u></p> <p>1.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่ได้รับการสำรวจตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยจัดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายวัด 1-1)</p> <p>1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจประเมินและพัฒนาสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามหลักเกณฑ์กำหนด วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ดังนี้</p> <p>1.2.1 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดผ่านเกณฑ์และได้รับการอนุญาต แล้ว ขอให้ สสจ. บันทึกข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ในแบบรายงานตัวชี้วัด ที่ 1-1</p> <p>1.2.3 กรณีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดไม่ผ่านเกณฑ์ (อยู่ระหว่างการพัฒนาหรือขออนุญาต) ขอให้ สสจ.ดำเนินการ ดังนี้</p>

	<p>(1) ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด โดยใช้แบบฟอร์ม ตส 13 (60)</p> <p>(2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>(3) บันทึกข้อมูลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1</p>
	<p>2. <u>กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย</u></p> <p>2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วางแผนการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด โดยใช้ผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ปีงบประมาณ 2561 เป็นข้อมูล โดยมีเป้าหมาย<u>จังหวัดละ 7 ตัวอย่าง</u></p> <p>2.1.1 ขอให้ สสจ. นำข้อมูลผลการเฝ้าระวังผักและผลไม้สดปีงบประมาณ 2561 ที่พับ <u>ตกมาตรฐาน</u> มาเป็นเป้าหมายการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2562 โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่เก็บตัวอย่างเดิม</p> <p>2.1.2 กรณีข้อมูลที่พับตกมาตรฐานไม่ถึงจำนวนเป้าหมาย หรือข้อมูลผลการเฝ้าระวังปีงบประมาณ 2561 ไม่พับตกมาตรฐาน ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย โดยพิจารณาข้อมูลตามความเสี่ยงของสถานการณ์ภัยรวมทั้งประเทศหรือพื้นที่</p> <p>2.2 สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักหรือผลไม้สด จำนวนจังหวัดละ 7 ตัวอย่าง ตามแผนที่กำหนด ในข้อ 2.1 และบันทึกข้อมูลในใบนำส่งตัวอย่าง</p> <p><u>วิธีการเก็บตัวอย่าง</u></p> <p>1) ปริมาณตัวอย่าง</p> <p>- ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แตงกวา พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง</p> <p>- ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง</p> <p>2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้สด มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถุงพลาสติก คาดเทปการปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รูปปากถุงแล้วคาดเทปการพันรอบปากถุง</p> <p>3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อ-ที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)</p> <p>2.3 สสจ. ส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ในรัตนโกสินทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่าง ดังนี้</p> <p>1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษร สีแดง</p> <p>2) ในช่องหมายเหตุระบุว่า</p>

	<p>- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด โครงการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด งบประมาณ พ.ศ. 2562”</p> <p>- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา (กอง คบ.)</p> <p>2.4 บันทึกข้อมูลและรายงานผลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2</p> <p>2.5 กรณีผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สดไม่เป็นไปตามกฎหมาย ขอให้ สสจ. ดำเนินการทางกฎหมาย</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>								
รายการข้อมูล 1	$A_1 = \text{จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน}$								
รายการข้อมูล 2	$B_1 = \text{จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์}$								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_1/B_1) \times 100$								
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214								
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	<p>รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2</p> <p>ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>(กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ครั้งที่</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธ.ค. 61</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ภายใน 20 มี.ค. 62</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 พ.ค. 62</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะตีงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 61	2	ภายใน 20 มี.ค. 62	3	ภายใน 20 พ.ค. 62
ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน								
1	ภายใน 20 ธ.ค. 61								
2	ภายใน 20 มี.ค. 62								
3	ภายใน 20 พ.ค. 62								
หน่วยงานที่รายงาน	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>								
หน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัด	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>นางสาววรดา อําบุญ สำนักอาหาร</p> <p>โทรศัพท์ : 02-590-7014 E-mail : law.dreamt@gmail.com</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>นางสาวอรสร้างค์ อิริสวัตน์ สำนักอาหาร</p> <p>โทรศัพท์ : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136</p> <p>โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com</p>								

หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
การนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์	ใช้ในการเฝ้าระวังสถานการณ์การติดค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด เพื่อวางแผนการเก็บตัวอย่างและหมายการจัดการต่อไป

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

แบบรายงานตัวชี้วัด 1-1 สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ខេត្ត-សកល ផ្លូវរាយការណ៍ ទូរ. e-mail.....

วันที่รายงาน.....

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรณีติดต่อ นางสาวจิรารัตน์ ณอมกิจ / 02-590-7406.....

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

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 : ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....

วันที่รายงาน

วันที่เก็บตัวอย่าง

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

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

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด : นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์/ นางสาวณัฐนุช สุขแก้ว โทรศัพท์ 02-590-7214

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

ประเด็น : นมโรงเรียน

<u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)
<u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	นมโรงเรียน คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งจำหน่ายภายในต่อครการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เท่านั้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บจากแบบรายงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้ <u>1. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี</u> <ol style="list-style-type: none"> ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน <u>ทุกแห่งในจังหวัด</u> ตามหลักเกณฑ์ GMP <ol style="list-style-type: none"> นมโคนิดพาสเจอร์เรส์ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ.2549 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์เรส โดยใช้แบบตรวจ ตส.5 (50) นมโคนิดดูโอชีตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำ และชนิดปรับกรด โดยใช้แบบตรวจ ตส.11(56) 1.1.2 สุมเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> นมโคนิดพาสเจอร์เรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i> นมโคนิดดูโอชี ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i>

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

รายการข้อมูล 2	$B_2 = \frac{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ มาตรฐานทั้งหมด}}{\text{จำนวนตัวชี้วัด}} \times 100$										
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214										
วิธีการรายงาน/ ความถี่ในการรายงาน	<p>รายงานข้อมูล ดังนี้</p> <p>1. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงานดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ครั้งที่</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2561*)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2562</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2562*)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562</td></tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ในการจัดสรรสิทธิ์</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p> <p>2. ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p>	ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2561*)	2	ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2562	3	ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2562*)	4	ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562
ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2561*)										
2	ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2562										
3	ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2562*)										
4	ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562										
หน่วยงานที่รายงาน	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
หน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัด	สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :</p> <p>นางสาวโซตินภา เพล่าไฟบุญย์ สำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 081-055-7988 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :</p> <p>นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์ สำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com</p>										

หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	เพื่อรายงานผลต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ในการจัดสรรสิทธิ์นิมโรงเรียน และเพื่อกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนในปีถัดไป

ประเด็น : ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พับสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

<u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)
<u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2560-2561 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)</p> <p>2. ได้รับการจัดการ หมายถึง การตรวจสอบให้เป็นไปตามกฎหมาย เช่น ตรวจติดตาม เก็บตัวอย่าง ยึด อายัด การดำเนินการทางอาญา เช่น เปรียบเทียบปรับ พ้องคดี หรือ การดำเนินการทางปกครอง เช่น แจ้งงดผลิต ประกาศผลการตรวจพิสูจน์ การยกเลิกเลขสารบบอาหาร หรือ อื่น ๆ เช่น การแจ้งเตือนภัยประชาชน เป็นต้น</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) ปี 2560-2561 ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์</p> <p>2. กรณีเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) ขอให้ สสจ. ดำเนินการตรวจติดตามเพื่อรวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ดังนี้</p> <p>2.1 <u>กรณีเป็นจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต/ นำเข้า/ จัดจำหน่าย ตั้งอยู่ในพื้นที่</u> ขอให้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) เข้าตรวจสอบสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP กฎหมาย หรือตรวจสอบสถานที่นำเข้าฯ หรือสถานที่จัดจำหน่าย (แล้วแต่กรณี) 2) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) <ul style="list-style-type: none"> - กรณีไม่พบผลิตภัณฑ์ตาม Blacklist แต่พบอาหารอื่นที่พิจารณาแล้วมีแนวโน้มปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ให้เก็บตัวอย่างอาหารนั้น และ - ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1) <p>2.2 <u>กรณีเป็นจังหวัดที่มีด่านอาหารและยาตั้งอยู่ในพื้นที่</u> ขอให้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ดำเนินการตามมาตรการกักกันของสำนักด่านอาหารและยา 2) สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ตาม Blacklist ณ ด่านอาหารและยา และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดังกล่าว (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1)

	<p>2.3 กรณีเป็นจังหวัดที่พบรการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารตาม Blacklist ขอให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) รวบรวมพยานหลักฐานตามกฎหมาย ณ สถานที่จำหน่าย 2) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและอาหารกลุ่มเป้าหมาย (Blacklist) และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1) <p>หมายเหตุ : เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปริมาณตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มเป้าหมายที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ <table border="1"> <thead> <tr> <th>การอวดอ้าง สรรพคุณ</th><th>รายการตรวจวิเคราะห์</th><th>ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ลดน้ำหนัก</td><td> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบายน้ำ เช่น Phenolphthaleine และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สารอื่น เช่น Desoxy-D2PM </td><td>อย่างน้อย 30 กรัม (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5)</td></tr> <tr> <td>2. เสริมสร้าง สมรรถภาพ ทางเพศ</td><td>Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil</td><td>อย่างน้อย 30 กรัม</td></tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 2) การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า <ul style="list-style-type: none"> • “ภายในตัวอย่างมียาที่อาจมีฤทธิ์ต่อระบบประสาททางเพศ เช่น Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil” • “ภายในตัวอย่างมียาที่อาจมีฤทธิ์ต่อระบบประสาททางเพศ เช่น Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil” <p>3. กรณีผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต/นำเข้า/จำหน่าย หรือผลการตรวจวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ขอให้ สสจ. ดำเนินการทางกฎหมายตามแนวทางเอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-2</p>	การอวดอ้าง สรรพคุณ	รายการตรวจวิเคราะห์	ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)	1. ลดน้ำหนัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบายน้ำ เช่น Phenolphthaleine และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สารอื่น เช่น Desoxy-D2PM 	อย่างน้อย 30 กรัม (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5)	2. เสริมสร้าง สมรรถภาพ ทางเพศ	Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil	อย่างน้อย 30 กรัม	
การอวดอ้าง สรรพคุณ	รายการตรวจวิเคราะห์	ปริมาณ (กรัม/ตัวอย่าง)									
1. ลดน้ำหนัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอ้วน เช่น Sibutramine, Fenfluramine 2. กลุ่มยาหรือสารที่ลดความอยากอาหาร เช่น Fluoxetine, Ephedrine, และ Phentermine 3. กลุ่มยาระบายน้ำ เช่น Phenolphthaleine และ Bisacodyl 4. กลุ่มยาขับไขมัน เช่น Orlistat 5. สารอื่น เช่น Desoxy-D2PM 	อย่างน้อย 30 กรัม (ใน 1 ตัวอย่างสามารถระบุรายการวิเคราะห์ได้ตั้งแต่รายการที่ 1-5)									
2. เสริมสร้าง สมรรถภาพ ทางเพศ	Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil	อย่างน้อย 30 กรัม									
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A ₃ = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่มีผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน										

รายการข้อมูล 2	$B_3 = \frac{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์}}{\text{สูตรคำนวนตัวชี้วัด}}$								
สูตรคำนวนตัวชี้วัด	$(A_3/B_3) \times 100$								
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ 02-590-7214								
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	รายงานผลการดำเนินการตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 3 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและห้องดื่น) ดังนี้ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ครั้งที่</th> <th>ระยะเวลาการรายงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ภายใน 20 ธันวาคม 2561</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ภายใน 20 มีนาคม 2562</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ภายใน 20 มิถุนายน 2562</td> </tr> </tbody> </table> หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายใต้วันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป	ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธันวาคม 2561	2	ภายใน 20 มีนาคม 2562	3	ภายใน 20 มิถุนายน 2562
ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน								
1	ภายใน 20 ธันวาคม 2561								
2	ภายใน 20 มีนาคม 2562								
3	ภายใน 20 มิถุนายน 2562								
หน่วยงานที่รายงาน	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา								
ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ สำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-591-8460 e-mail : knrc@fda.moph.go.th	<p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> นางสาวอรสร้างค์ อิริสวัฒน์ สำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 094-131-6136 โทรสาร : 02-591-8460 e-mail : planning.food@gmail.com							
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา								
การนำข้อมูล ไปใช้ประโยชน์	เพื่อนำข้อมูลไปจัดทำมาตรการในการจัดการและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์อาหารที่มีความเสี่ยง								

แบบรายงานตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

/ด้านอาหารและยา

ชื่อ-สกุลผู้รายงาน

โทร

e-mail

วันที่รายงาน

ลำดับ	ชื่อสถานที่	ที่ตั้ง	วันที่ตรวจ	ประเภทสถานที่		Blacklist		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่าง	เลข อ.ย.	วิเคราะห์หา		ผลวิเคราะห์		ระบบชื่อสารที่พบ	การแจ้งเตือนภัย	การดำเนินการทางกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผลิต	นำเข้า	นำเข้า หน่วย	พบ			ลด น้ำหนัก	ทางเพศ	ผ่าน	ไม่ผ่าน				

1. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวกนกนे�ตร รัตนจันทร์ โทร 02-5907030

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวอรสร้างค์ ธีระวัฒน์ โทร 02-5907218

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

เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-1

รายการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่สงสัยว่าปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

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

เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 3-2

แนวทางการพิจารณาดำเนินการตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กรณีผลิตภัณฑ์อาหารตรวจสอบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
1. สถานประกอบการ					
1.1 การได้รับอนุญาต สถานที่ผลิต/สถานที่นำเข้าอาหารเพื่อจำหน่าย	สถานที่ผลิต 1.1.1 กรณีแหล่งผลิตเข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย แต่ไม่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายมีเครื่องจักรอุปกรณ์การผลิตตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป หรือ คนงานตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป แต่ไม่ได้ใบอนุญาตผลิตอาหาร	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 14 วรรคหนึ่ง	โทษตาม ม. 53	- สั่งให้ดัดแปลงกิจว่าง่ายได้รับอนุญาต <u>โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตามม.63 ต้องระวังโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลา ที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว
	1.1.2 กรณีแหล่งผลิตไม่เข้าข่ายเป็นโรงงานผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย แต่ยังไม่ได้รับเลขประจำสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน (สบ.1)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร (GMP) 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3.บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5.หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประการ ซึ่งออกตาม ม. 6(10)	โทษตามม. 51	- ขอความร่วมมือให้ดัดแปลง กิจว่าง่ายได้รับอนุญาต เลขสารบบอาหาร

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
	สถานที่นำเข้า 1.1.3 กรณีสถานที่นำเข้ามีการนำเข้าอาหารเพื่อจำหน่ายโดยยังไม่ได้รับใบอนุญาต	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่นำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 15 วรรคหนึ่ง	โทษตาม ม. 53	- สั่งให้ดำเนินกิจว่างได้รับอนุญาต โดย <u>อาศัยอำนาจตามมาตรา 30(2)</u> หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องรายงานโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว
1.2 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต	1.2.1 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 ผลิต/นำเข้า หรือเก็บอาหารนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตได้รับอนุญาตผลิตอาหารระบุ เลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอง ตำบล... อำเภอ... จังหวัด... แต่ตรวจพบมีการผลิตเพื่อจำหน่าย ณ เลขที่ 1, ๓ และ ๕ ซอย 2 ถนนดินสอง... <u>เพิ่มอีกด้วย</u> เป็นต้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกคำให้การ 3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 20	โทษตาม ม. 55	

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่ การควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ ปราศจากอันตรายแก่ ผู้บริโภค
1.2 หน้าที่ของ ผู้รับอนุญาต (ต่อ)	<p>1.2.2 กรณีผู้รับอนุญาตตาม ม. 14 หรือ ม. 15 <u>ย้าย</u> สถานที่ผลิต สถานที่นำเข้า หรือสถานที่เก็บอาหารโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต</p> <p>ตัวอย่างเช่น : - กรณีสถานที่ผลิตอาหารได้รับอนุญาต ผลิตอาหาร ระบุเลขที่ 1 ซอย 2 ถนนดินสอ... แต่มีการย้ายสถานที่ผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย ไปยัง ณ เลขที่ 8 ซอย 8 ถนนดินสอ... โดยยังไม่ได้รับอนุญาต และได้เลิกกิจการ ณ เลขที่เดิมที่ได้รับอนุญาตด้วยแล้ว เป็นต้น</p>	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า2. บันทึกคำให้การ3. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 21	โทษตาม ม. 55	-
	<p>1.2.3 กรณีผลิตหรือนำเข้าซึ่งอาหารภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้วโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต</p> <p>ตัวอย่างเช่น :</p> <p>- ใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้า ระบุ "ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2558" ต้องยื่นคำขอต่ออายุภายในวันที่ที่ระบุ แต่เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 ตรวจพบว่ามีการผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่ายภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจะพิจารณาบันจัดนำวนวันทำการตั้งแต่สิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต (นับตั้งแต่ 1 มค. ถึง 25 กพ.2559)</p>	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต หรือนำเข้า 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ม. 74 ระบุว่า ผู้รับอนุญาตผู้ใดผลิตหรือนำเข้า ซึ่งอาหารภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้ว โดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องระหว่างโทษปรับเป็นรายวันฯ ละไม่น้อยกว่าห้าร้อยบาทแต่ไม่เกินหนึ่งพันบาท	โทษตาม ม. 74	ถือว่าใบอนุญาตนั้นสิ้นอายุแล้ว ดังนั้นหากผู้ประกอบการประสงค์จะผลิตหรือนำเข้าอาหารต่อไป ต้องยื่นขอใบอนุญาตใหม่ ไม่สามารถใช้ใบอนุญาตเดิมได้

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

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การ ควบคุมอาหารให้ถูก สุขลักษณะหรือให้ปราศจาก อันตรายแก่ผู้บริโภค
2. ผลิตภัณฑ์					
2.1 การได้รับอนุญาต	2.1.1 กรณีสถานที่ผลิตเข้าข่ายโรงงานหรือไม่เข้าข่ายโรงงาน ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหารหรือเลขประจำสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1) แล้ว แต่ผลิตภัณฑ์ยังไม่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร (สำหรับประเภทอาหารซึ่งถูกบังคับให้แสดงเลขสารบบอาหารตามประกาศ)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดอาหารหรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามม. 6(10)	โทษตามม. 51	- ขอความร่วมมือให้ดูผลิตเฉพาะผลิตภัณฑ์นั้นจนกว่าจะได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร
2.2 คุณภาพผลิตภัณฑ์	2.2.1 ด้านจุลินทรีย์ พบจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค เช่น <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Clostridium spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> หรือสารพิษจากจุลินทรีย์	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 25 (3) และ ฝ่าฝืน ม. 25(1) (อาหารผิดมาตรฐาน) และ ม. 58 (อาหารไม่เป็นสุขาที่)	โทษตาม ม. 60 (อาหารผิดมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งเมืองตาม ม. 63 ต้องระวังโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวันอีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(3)	

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
					- แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เฉพาะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา
	2.2.2 ด้านพิสิกส์ ไม่เข้ามาตรวจน้ำตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น แคปซูลแต่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีคุณสมบัติเฉพาะตามชนิดของผลิตภัณฑ์นั้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม.25(3)	โทษตาม ม. 60	-
	2.2.3 ด้านเคมี เช่น พบสารหนู ตะกั่ว ฯลฯ ไม่เข้า มาตรวจน้ำตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 98) พ.ศ. 2529 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 25(3)	โทษตาม ม. 60	-
	2.2.3.1 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามประกาศฯ (ฉบับที่ 381) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) (ตามชนิดอาหารและปริมาณวัตถุเจือปนอาหารท่อนุญาต)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน ม. 6 (5)	โทษตาม ม.47 โทษตาม ม. 58	

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
2.2 คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ต่อ)	2.2.3.2 กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสารที่ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ ตัวอย่างเช่น : - พบยาแพนปัจจุบันในผลิตภัณฑ์อาหาร (เป็นอาหารไม่บริสุทธิ์)	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. ผลวิเคราะห์ 5. บันทึกยึดหรืออายัด 6. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนม. 25 (1)	ม.58	- สั่งดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งเมทตาม ม. 63 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม มาตรา 30(3) แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 - แจ้งขอให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เอพะรุ่นการผลิตที่พบปัญหา - เสนอคณะกรรมการอาหาร พิจารณาพักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 120 วันในกรณีที่สถานที่ผลิตอาหารเข้าข่ายโรงงาน โดยอาศัย

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
					อำนาจตาม ม. 46 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 -ยกเลิกเลขสารบบอาหาร
2.3 ฉลากผลิตภัณฑ์	2.3.1 กรณีผลิตภัณฑ์ที่แสดงฉลากไม่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น : - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แสดงชื่อไม่ตรงตามที่ได้รับอนุญาต	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม. 6(10)	โทษตาม ม. 51	-
	2.3.2 กรณีผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่ายอาหารที่มีฉลากเพื่อลง หรือพิมพ์ลง หรือพยายามลงสู่บริโภคให้เข้าใจผิดในเรื่องคุณภาพ ปริมาณ ประโยชน์ หรือลักษณะพิเศษอย่างอื่น หรือในเรื่องสถานที่และประเภทที่ผลิต ตัวอย่างเช่น : - ฉลากแสดงเลขสารบบอาหาร ของผู้ผลิตรายอื่น - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ได้รับอนุญาตตามสูตร ส่วนประกอบ A แต่ปรากฏข้อเท็จจริงว่ามีการผลิตเพื่อจำหน่ายตามสูตรส่วนประกอบ B โดยใช้ชื่อและเลขสารบบอาหารของ A	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. บันทึกการยึดหรืออายัด 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตาม ม. 6 (10) และ ม. 25(2)	โทษตาม ม. 51 และโทษตาม ม. 59	- สั่งงดผลิตจนกว่าจะปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30(2) หากฝ่าฝืนคำสั่งมีโทษตาม ม. 63 ต้องรายงานโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับเป็นรายวัน อีกวันละห้าร้อยบาทตลอดเวลาที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว - ประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหารโดยอาศัยอำนาจตาม ม. 30 (3)

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุลักษณะ หรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
	- ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแสดงเลขสารบบอาหารที่ถูกยกเลิกไปแล้ว หรือ เป็นเลข อย. ที่ไม่มีอยู่จริง				- เจ้าของให้เรียกคืนผลิตภัณฑ์ เนื่องจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
2.4 บรรจุภัณฑ์	2.4.1 กรณีผลิตภัณฑ์ ใช้บรรจุภัณฑ์ไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของภาชนะบรรจุ	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกคำให้การ 4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืนประการดังข้อ ก ตามมาตรา ๖(๖)	โทษตาม มา. 48	
<u>3.การโฆษณา</u>	3.1 กรณีโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร ตัวอย่างเช่น : - โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ว่า "เห็นผลทันใจ ลดไว ไม่ถึง 10 กก. ภายใน 30 วัน" เป็นต้น	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน มา. 40	โทษตาม มา. 70	
-	3.2 กรณีไม่นำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณอาหาร เพื่อประโยชน์ทางการค้า ให้ผู้อุปถัติตรวจสอบมาก่อนโฆษณา	1. บันทึกตรวจสอบสถานที่ 2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร 3. บันทึกการยึดหรืออายัดสื่อโฆษณา 4. บันทึกคำให้การ 5. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)	ฝ่าฝืน มา. 41	โทษตาม มา. 71	ระงับการโฆษณา โดยอาศัยอำนาจตาม มา. 42 กรณีไม่ระงับ การโฆษณาอาหารตามคำสั่งของผู้อนุญาต หรือไม่ระงับการผลิต การนำเข้า การขายการโฆษณาอาหารที่คณะกรรมการเห็นว่า อาหารดังกล่าวไม่มีคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณตามที่ได้โฆษณา ฝ่าฝืนตาม มา. 42 โทษ

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

กรณี	การกระทำการฝ่าฝืน พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522	หลักฐานที่ต้องการ	ความผิด	บทลงโทษ	มาตรการเพื่อประโยชน์แก่การควบคุมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือให้ปราศจากอันตรายแก่ผู้บริโภค
	- วิเคราะห์ไม่เข้ามาตราฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
<u>4.สถานที่จำหน่าย</u> <u>(ต่อ)</u>	<p>4.4 กรณีจำหน่ายยาปลีกให้แก่ผู้บริโภคโดยตรง เป็นการกระทำความผิดตาม ม. 48 ม. 50 ม.58 ม. 59 ม. 60 ม. 61 ม. 69</p> <p>ตัวอย่างเช่น :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้านมินิมาร์ทจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้แก่ผู้บริโภคโดยตรงแต่ผลการตรวจวิเคราะห์พบยา sibutramine (อาหารไม่บริสุทธิ์) 	<p>1. บันทึกตรวจสอบสถานที่</p> <p>2. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร ฉลากอาหาร</p> <p>3. บันทึกคำให้การ</p> <p>4. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ผลวิเคราะห์</p> <p>5. บันทึกยึดหรืออายัด</p>	กระทำการความผิดตาม ม.58	<small>โทษตามม. 73 กรณีผู้จำหน่าย ปลีกให้แก่ ผู้บริโภคโดยตรง มีโทษตามม. 73 แต่ถ้าผู้นั้น กระทำการความผิด ซ้ำอีกภายในหนึ่ง เดือนนับแต่วันที่ ได้กระทำ ความผิดครั้งก่อน ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหนึ่ง ปีหรือปรับไม่เกิน หนึ่งหมื่นบาท</small>	<small>- ขอให้จดจำหน่าย</small>

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

ประเด็น : เครื่องสำอาง

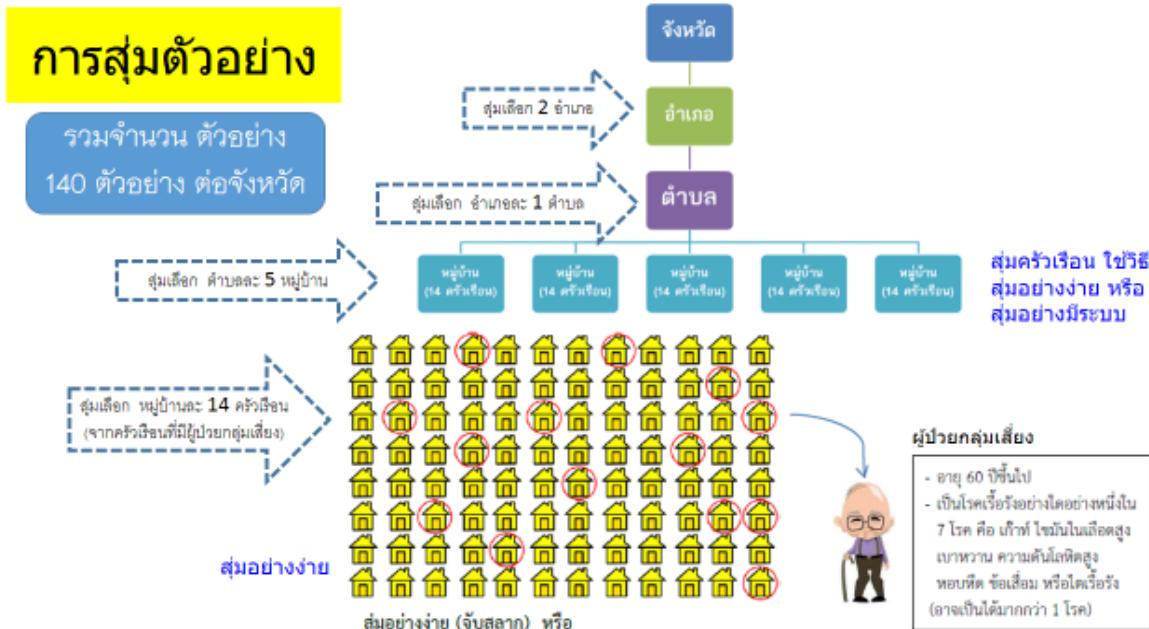
<u>ตัวชี้วัดที่ 1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 80)
<u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.1 :</u>	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเลี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>“เครื่องสำอาง” หมายความว่า วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถูนวด โรย พ่น หยด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์และให้หมายความรวมถึงการใช้กับพื้นและเยื่อบุในช่องปากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดีและรวมตลอดทั้งเครื่องประทินต่าง ๆ สำหรับผู้ด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัวซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย</p> <p>“เครื่องสำอางที่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย” หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทย 2. เครื่องสำอางที่แสดงฉลากภาษาไทยครบถ้วน ถูกต้อง 3. เครื่องสำอางที่แสดงเลขจดแจ้งบนฉลากตรงตามที่ได้รับจดแจ้งไว้ ต่อผู้รับจดแจ้ง 4. ไม่เป็นเครื่องสำอางที่มีรายชื่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 34 รายการ เรื่องกำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือขาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ผลิต 2. สถานที่ขายเครื่องสำอางในจังหวัด 3. ร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>สำรวจสถานที่ขายเครื่องสำอาง และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน เพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางกลุ่มเดี่ยงส่งตรวจวิเคราะห์ และแจ้งไปยังจังหวัดที่เป็นสถานที่ตั้งของสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเพื่อเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางตรวจวิเคราะห์คุณภาพกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมจำนวนรายการเครื่องสำอางทั้งหมดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ - รวบรวมจำนวนเครื่องสำอางที่ตรวจพบสารห้ามใช้ <p>หมายเหตุ: 1. สถานที่ขายเครื่องสำอางสำรวจจากแหล่งกระจายสินค้าในกรุงเทพมหานคร และร้านขายเครื่องสำอางบริเวณตลาดชายแดน (4 จังหวัดตัวแทนภาค ได้แก่ เชียงราย สงขลา หนองคาย ยะลา)</p> <p>2. สถานที่ผลิตเครื่องสำอางสำรวจจากเฉพาะสถานที่ผลิตตามที่ระบุในฉลากเครื่องสำอางที่เก็บในข้อ 1 เท่านั้น</p>
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	$A_4 = \text{จำนวนรายการเครื่องสำอางที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน}$

รายการข้อมูล 2	$B_4 = \text{จำนวนเครื่องสำอางที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์}$
สูตรการคำนวณ	$(A_4/B_4) \times 100$
การรายงานผล การดำเนินงาน	ระบบ คบส. ภูมิภาค
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
วิธีการรายงาน/ความถี่ ในการรายงาน	รายงานผ่านระบบ คบส. online/ทุกไตรมาส
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสาวอนันญา มณีภาค สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7273-4 โทรสาร 0-2591-8468
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายฉัตรชัย พานิชศุภกรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468
ผู้ประสานงาน/จัดทำ รายงานตัวชี้วัด	นายฉัตรชัย พานิชศุภกรณ์ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทร. 0-2590-7277 โทรสาร 0-2591-8468
การนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์	ประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และแนวทางการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

ประเด็น : ยาแผนโบราณ

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

* การสุ่มตัวอย่างครัวเรือน



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

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

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อย ^{จังหวัดละ 1 แห่ง}	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20

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

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

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

ปี 2564:

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:	
	1. นางปรียานุช บูรณ์ภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th
	2. นายประโชน กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th
	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:	
	1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th
	2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับ ส่วนกลาง)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางณีรุช อภาجرัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316	
	2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316	
	3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255	

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
คำนิยาม	<p>คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตตัวผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร่วมกัน</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> Staff <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย System <ul style="list-style-type: none"> - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล Structure <ul style="list-style-type: none"> - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
<p>ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม)</p> <p>เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม</p>	<p>ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)</p>	<p>ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)</p>	<p>ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)</p>

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมออครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ระยะเวลาประเมินผล

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทีม ใหม่ 50 %		ทีมสะสม 1,170 ทีม

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ทีมสะสม 1,560 ทีม

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ทีมสะสม 2,080 ทีม

วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	2559	2560	2561
จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-5901939 สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว	รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว E-mail : k.tewtong@yahoo.com			

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศาร :02-59019398</p> <p>2. นาง Jarvis จันทร์เพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศาร :02-59019398</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : k.tewtong@yahoo.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : jchanphet@gmail.com</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5.การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	14.ร้อยละของครอบครัวมีคักกี้ภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีคักกี้ภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. เป็น บุคคลที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เพื่อดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ตนเองได้</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดีมน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด (4) บำรุงรักษาจิตใจ (5) การดูแลสุขภาพช่องปาก และ (6) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม</p> <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p><u>กรณี</u> ครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คุณเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพโดย อสค.</p> <p>2. เพื่อให้ อสค. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สมาชิกในครอบครัวที่มี</p> <p>1. ผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL 5-11 คะแนน) ติดเตียง(ADL 0-4 คะแนน)</p> <p>2. ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4</p> <p>3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>จากฐานข้อมูล Thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.จัดเก็บฐานข้อมูล อสค. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้</p> <p>1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการ สาธารณสุขในพื้นที่นำไปสมัครบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัวwww.thaiphc.net</p> <p>(ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th)</p>

	<p>1.2 อสค. ลงทะเบียนผ่าน Application “SMART อสค.” ได้ด้วยตนเอง</p> <p>2. การประเมินผลโดยสุ่มตัวอย่างจากทีมส่วนกลาง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ</p> <p>3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

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

เกณฑ์การวัด :

ลำดับ	กิจกรรม	เกณฑ์การพิจารณา		หมายเหตุ
		ทำ	ไม่ทำ	
1	คุณอาหาร อาย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า			อย่างน้อยต้องทำได้ 4 ข้อ ใน 6 ข้อ ถือว่า ผ่านเกณฑ์
2	ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด			
3	ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด			
4	บำรุงรักษาจิตใจ : ลดภาวะความเครียด			
5	การดูแลสุขภาพช่องปาก			
6	จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสม			

วิธีการประเมินผล :	เชิงคุณภาพ โดยทีมประเมินจากส่วนกลาง
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการพัฒนาและประเมิน อสค.</p> <p>2. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)</p> <p>3. Application SMART อสค.</p> <p>4. SMART อสม. , www.osm.com , Line@SMARTอสม.</p> <p>5. www.osc.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน</p>

	หมายเหตุ : สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	87.16	93.78	91.48
ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 - 12 2. สถาบันพัฒนานวัตกรรมด้านระบบบริการสุขภาพ 5 แห่ง [*] 3. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 2193 7000 ต่อ 18715 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740 ผู้รับผิดชอบงาน อสค. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740 4. กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7036, 0 2193 7037				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18715 อีเมล phc.division@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18740				

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

	<p>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ออกจากโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) <p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>ห้องวิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น</p>																
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย:</p>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</th><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td></tr> <tr> <td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 25</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 25</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 25</td></tr> <tr> <td>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td></tr> </tbody> </table>	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64														
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5														
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25														
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7														

การรักษาใน Stroke Unit	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแทรก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวมรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 		
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 		
1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการ死หน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการ死หน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการ死หน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการ死หน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการ死หน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย		

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

อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 40
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันระยะเนียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิมมีเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2563:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	-	มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 50

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิม เลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2564:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิม เลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

small success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง แตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์					
------------------	------------------------------------	--	--	--	--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Base line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559	2560	2561
	3.43	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	-	-	-	3.84
	22.28	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	-	-	-	22.37
	8.15	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	17.1	9.9	8.3	9.1	8.22

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางจุฑารณ์ บุญรงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p> <p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	16.อัตราสำเร็จของการรักษาวันโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวันโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อร่วมโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อร่วมโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวันโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจสม常ในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจสม常อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวันโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวันโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยเข้าพักระบะเบียนในแผนงานวันโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจสม常เป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์กรอนามัยโลกบรรรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจสม常 เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวันโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ที่เข้าพักระบะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวันโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เข้าพักระบะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p>

	<p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบ แผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
85	85	85

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2.. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้าทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562-2564 :

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

หมายเหตุ :

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

วิธีการประเมินผล :	<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล</p> <p>1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)</p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศไทย</p> <p>2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่</p> <p>3 ระดับจังหวัด</p> <p>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p>													
เอกสารสนับสนุน :	<p>1.แนวทางการดำเนินงานวันโรคแห่งชาติ</p> <p>2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวันโรครายบุคคล</p>													
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>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่**</td> <td>ร้อยละ</td> <td>82.8</td> <td>84.2</td> <td>84.4</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	82.8	84.2	84.4
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2558	2559	2560										
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	82.8	84.2	84.4										

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</p> <p>1. แพทย์หญิงผลิน กลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>2. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>ชื่อ – สกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ชื่อ – สกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>ชื่อ – สกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 E-mail : phalin1@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>ตำแหน่ง โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ตำแหน่ง โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>ตำแหน่ง โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นางสาววิภาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 E-mail : swillwan@yahoo.com</p> <p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค โทรสาร : 0 2212 5935</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้ โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p>

**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย
อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562**

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

หมายเหตุ

- ค่าเฉลี่ย หมาย ถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

(TB Treatment Coverage)

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

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรไทยเป็นราษฎร ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

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

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

(TB Treatment Coverage)

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

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

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

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราชภัฏ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราชภัฏ กระทรวงมหาดไทย

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

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ								
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการตื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)								
คำนิยาม	<p>RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU 1 หมายถึงโรงพยาบาลแม่ป่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU 2 หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ 								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียานหลักแห่งชาติผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่ง ยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการของโรงพยาบาลไม่ เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยานมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอด ทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 </td> <td> จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table>	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียานหลักแห่งชาติผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่ง ยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการของโรงพยาบาลไม่ เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยานมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU 1	RDU 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอด ทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)								
<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียานหลักแห่งชาติผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่ง ยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการของโรงพยาบาลไม่ เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยานมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค								
RDU 1	RDU 2								
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอด ทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค								

	4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ได้ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ขั้นที่ 1 80%	RDU ขั้นที่ 2 80%	RDU ขั้นที่ 2 80%	RDU ขั้นที่ 3 80%
RDU ขั้นที่ 2 20%		RDU ขั้นที่ 3 20%	

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1 (RDU)	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1 A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2
รายการข้อมูล 2 (RDU)	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU ขั้นที่ 1 = $(A1/B) \times 100$ RDU ขั้นที่ 2 = $(A2/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมาณผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ))

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
RDU ขั้นที่ 1 ≥ 80 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 85 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 90 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 15 %	RDU ขั้นที่ 1 ≥ 95 % RDU ขั้นที่ 2 ≥ 20 %

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล					
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	
			RDU	ร้อยละ	RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ขั้น 2 ร้อยละ 9.51 (ข้อมูล 9 เดือน) (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ภญ.ไพร้า บุญญาฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)</p> <p>2. ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)</p>					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ภญ.สรียา เวชวิจิณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรสาร : 02-5918486 กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ภญ.ไพร้า บุญญาฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการตื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการตื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
คำนิยาม	<p><u>AMR</u> เป็นการประเมินระบบจัดการการตื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้</p> <p style="text-align: center;">กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) <ul style="list-style-type: none"> (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน 2 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีวิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) รายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยฯ สคร. 3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> (1) การวางแผนการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (4) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (5) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (6) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (7) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้

	<p>ยาอย่างเหมาสม (8) การติดตามปริมาณการใช้ยา ทั้งภาพรวมและเฉพาะกลุ่มยา เช่น Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI), Colistin (9) มีการติดตามมูลค่าการใช้ยา (10) การมีสรุประยงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยา</p>
4	<p>การเฝ้าระวัง ป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>(1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตามวิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p>
5	<p>การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ</p> <p>โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)		การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 % จาก baseline ปี 60
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	AMR: โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมาณผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ))		

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	AMR ขั้น Intermediate ≥ 10 %		AMR ขั้น Intermediate ≥ 20 %

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	AMR	ร้อยละ	-	-	88.98 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้น basic ร้อยละ 70)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ภญ.เพรำ บุญญาฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR) 2. ดร.wantana p.วิณกิตติพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรสาร : 02-5910343 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ 3. นางวรารณ์ เทียนทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรสาร : 02-5903443 สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)				
	แก้ไขการดำเนินการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praeuc@gmail.com นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรสาร : 02-5903443 สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ภญ.สเรีย เวชวิฐาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรสาร : 02-5918486 กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2.ภญ.ไพร้า บุญญาฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swech@fda.moph.go.th เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecc@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และสาขารากแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกเขตสุขภาพปี 2561
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกเขตสุขภาพปี 2562
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 – 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ		

	<p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>																		
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>เพิ่มขึ้นร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>16.29</td> <td>6.87</td> <td>7.2</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561		ร้อยละ	เพิ่มขึ้นร้อยละ	ลดลงร้อยละ	ลดลงร้อยละ			16.29	6.87	7.2
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2559	2560	2561															
	ร้อยละ	เพิ่มขึ้นร้อยละ	ลดลงร้อยละ	ลดลงร้อยละ															
		16.29	6.87	7.2															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 – 5901761 โทรศาร : 02 - 5901802</p> <p>2. นางเกริกนิ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศาร : 02 - 5901631</p> <p>3. นางณัฏฐิณา รังสินธุ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศาร : 02 - 5901631</p> <p>4. นางสาววนวรรณ น้อยเกchem โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศาร : 02 - 5901631</p> <p>5. นางสาวสุธิษา เงินกลั่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศาร : 0 2590 1631</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางเกริกนิ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศาร : 02 - 5901631</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com</p>																		

	2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631 3. นางสาวนันวรรณ น้อยเกشم โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631 4. นางสาวสุธิษา เงินกลั่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรสาร : 0 2590 1631 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวารกแรกเกิด
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราตายหารกแรกเกิด
คำนิยาม	หารกแรกเกิด หมายถึง หารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมาเมื่อวิตอัยต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย:

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

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาหารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2) ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 1,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
	-	3.65	-	3.6		
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบถ้วน 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล					
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด อัตราตายทารกแรกเกิด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	7	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	5	3.94	3.51	4.26
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วิบูลย์ กานุจันพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรสาร : 02-3548439 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรwinท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com 4. นายปวิช อภิปาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์					
	ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 E-mail : wiboonkan@gmail.com รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com					

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

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

	(1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี)
2	<p>มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระดับประคับประคอง (<u>Z51.5</u>) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางหน้า 10-18) 2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางหน้า 19-25) 2.3 โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทน (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษา เป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางหน้า 26-32) 2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางหน้า 33-43) 2.5 ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางหน้า 76-80) <p>ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care <u>(สำหรับข้อ 2.1-2.4 กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรค อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการลดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. ภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น 4. โรคอยู่ในระยะลุกคาม ไม่คงตัว มีอาการซ้ำซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา 8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

	<p>9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p> <p>10. Serum albumin < 2.5 mg/dl</p> <p>3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประกับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประกับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)</p> <p>4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประกับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยแบบประกับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประกับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประกับประคองต่อเนื่องที่บ้านมากกว่าร้อยละ 60)</p> <p>6. มีเครือข่ายการดูแลประกับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประกับประคอง ไม่มี/มีจำนวน)</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประกับประคองอย่างมีคุณภาพ

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

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรับกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประกับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf</p> <p>2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf</p> <p>3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</p> <p>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสิทธิยา.พ.ศ.2558 ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03</p> <p>5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)</p> <p>6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การณรักษ์ และกรมการแพทย์</p> <p>7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf</p> <p>8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="462 1260 1446 1657"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication</td> <td>ราย</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>40.58</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2558	2559	2560	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ราย	NA	NA	40.58
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ										
		2558	2559	2560										
ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ราย	NA	NA	40.58										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาคริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246 โทรสาร : 02591 8244 ที่ปรึกษากิจกรรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960 E-mail : spathomphorn@gmail.com</p> <p>2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารယง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรสาร : 0 2245 7580 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail : noiduenpen@yahoo.com</p>													

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

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

แหล่งข้อมูล	1. 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2. ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ซีเจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTCMO ทุกเขตสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน	1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ., รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนสมพسانที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครองจุดด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคุ้นเคย	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน		ค่าประมาณการโดยเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2562
			ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการไม่นับรหัส U77	ร้อยละ	14.96	17.37	18.5	
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.03	9.94	11
	- รพช.	ร้อยละ	14.81	16.88	19
	- รพ.สต.	ร้อยละ	25.88	33.32	36
ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th		
	2. นายแพทย์เทวัญ ธนาธัตตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5636 กองการแพทย์ทางเลือก		ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com		
	3. นางสาวอัญชลี จุฑพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com		
	4. นายสมศักดิ์ กรีชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : 0-2149-5653 กองวิชาการและแผนงาน		กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683 E-mail : augus_organ@hotmail.com		
	5. นางศรีจารยา โชติก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน		กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com		
หน่วยงานประเมินผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทาง มาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการ จำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรค ของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปี งบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2562</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		≥ร้อยละ 63	≥ร้อยละ 67	≥ร้อยละ 71
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความ รุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการผ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัย โลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึง บริการ ปี 2562 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำข้อมูลปี 2562 รวมกับข้อมูลของปี 2552 – 2561 โดย ประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com			

	<p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับการบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมา�ัง โรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังฝ่ายเทคโนโลยีและ สารสนเทศ โรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 ทีมงานจะบันทึก ข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน ส่งข้อมูลจาก file แบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail: depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับ หน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทางช่องทางออนไลน์ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูล โรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2 <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่า และรายใหม่ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2562 ใน หน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดใน ประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า ปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสูงตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรกลางปี 2560 (เฉพาะผู้ที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสภามานถึง ปีงบประมาณ 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน:

ปี 2562

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

ปี 2563

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

ปี 2564

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

วิธีการประเมินผล : รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตราฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 – 2562 วัดในฐาน ข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์แล้ว วิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เชิงสุขภาพ และประเทศไทย ที่ www.thaidepression.com

เอกสารสนับสนุน : ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	48.50	54.16	61.21

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรสาร : 045-352514 2. นางรุ่งมณี ยิ่งยืน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรสาร : 045-352514 ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 E-mail : pat-ukn@yahoo.com โทรศัพท์มือถือ : 083-7978881 E-mail : rungring17@yahoo.com
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นายประมณฑล พิมพ์หล่อ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 088-581-7727</p> <p>โทรสาร : 045-352514 E-mail : proj207@hotmail.com</p> <p>2. นายนันทวัฒน์ โคตรเจริญ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 090-217-1969</p> <p>โทรสาร : 045-352514 E-mail : tongchanana@gmail.com</p> <p>ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : 1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย 1 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย 1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ อีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย 1 : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราชภัฏของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายย่อย 1.1 : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ สาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และ

	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้จากตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน 1 ปี
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายอย่าง 1.1 : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอัจฉริยะลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ
เอกสารสนับสนุน :	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวมมาจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

	2. ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อ ^{ประชากร} แสนคน	6.35	6.03	อยู่ระหว่าง ^{ประเมินผล}
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	-	-	94.5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ 1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420 โทรสาร : 043-224722 E-mail : n_jumpathon@hotmai.com	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรศัพท์มือถือ : 090-5854643 โทรสาร : 043-224722 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com	2. นายแพทย์ศักดิ์กринทร์ แก้วเข้า ^{พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ} โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com	3. นางอรพิน ยอดกลาง ^{พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ} โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137 โทรสาร : 043-224722 E-mail : suicidethailand@gmail.com
หน่วยงานประเมินผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ^{ส่วนกลาง})	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางอรพิน ยอดกลาง ^{พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ} โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ กรมสุขภาพจิต				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9.โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	25.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP \geq65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level $>$2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึงการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดย ต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศไทย และจังหวัดไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วย ทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติด เชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3)modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ใน การวินิจฉัยได้</p> <p>5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของ แต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตรา อุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับ ยาัดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื/oxyaเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย</p>

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

	Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น		
รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
<p>3. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>4. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>5. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้</p>			
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital- acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital- acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :

- รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอใน
ภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
- เกณฑ์การให้คะแนน:
ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้
คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่า เกณฑ์ เป้าหมายที่ กำหนด ร้อยละ40	สูงกว่า เกณฑ์ เป้าหมายที่ กำหนด ร้อยละ20	ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่ กำหนด รายปี	ต่ำกว่า เกณฑ์ เป้าหมาย ที่กำหนด ร้อยละ10	ต่ำกว่า เกณฑ์ เป้าหมาย ที่กำหนด ร้อยละ20

เอกสารสนับสนุน :

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบัตติคุตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	อัตราตายผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พจน์ อินทavaraph โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891 2. นพ.รัฐภูมิ ชานพูนท โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535 3. นพ.นิพนธ์ เนติมพันธ์ชัย โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036		นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail :drpojin@yahoo.com อายุรแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก E-mail :mr.sepsis@yahoo.com อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง E-mail :crisis27@gmailcom		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจสอบการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3.สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรwin อัตตะสาระ [†] โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-965-9851 2. นายปริช อกิปalaกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรสาร 02-591-8279		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com		

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 2tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level $>2 \text{ mmol/L}$ (18 mg/dL)

Urine output $<0.5 \text{ mL/kg/hr}$ 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 $>2.0 \text{ mg/dL}$ (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

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

Platelet count $<100,000 \mu\text{L}$

Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ $\text{aPTT} > 60$ วินาที)

ตารางที่ 3qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2. Systolic blood pressure $\leq 100 \text{ mm Hg}$

3. Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุบัติภัย (火災)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ต่ำน้ำ)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้น ความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ได้ครึ่งช่วงหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระซิบกระซาย ที่ไม่ยั่งคืน	ตื่นดี ทุกครู่เรื่อง แต่รู้แยกแยะ คำสั่นลือ	ชิม แต่รู้แยกแยะ คำสั่นลือ	ชิมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะสัมภាន	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤ 20	21-39	≥ 40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

Interpretation

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

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

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

หมายเหตุ :

- นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired
- ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

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

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

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

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

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 mL/kg ใน 1 ชม. แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรก หลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

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

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

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

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

	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รักษาหัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55 <p>เพื่อลดอัตราการระคูกรหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p> <p>หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์อโรมปิดิกิส</p> <p>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse)</p> <p>ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำห้องผู้ป่วยกระดูกและข้อ</p> <p>ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง</p> <p>ทีมแพทย์สาขาวิชาชีพ</p> <p><u>จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท.</u> - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, 医師, แพทย์เวชศาสตร์ฟันฟู</p> <p><u>ระดับ รพช.</u> - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p><u>ระดับ รพช.</u> - แพทย์เวชศาสตร์ฟันฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p><u>ทีมสาขาวิชาชีพอื่นๆ</u></p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u> เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p> <p><u>หมายเหตุ:</u> แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะนั้น</p> <p>สาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์อโรมปิดิกิส อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟันฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Refracture Prevention</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HCD กระทรวง 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จำนวนของ โรงพยาบาล 53 โรงพยาบาล ระดับ M 1	1. จำนวนของ โรงพยาบาล 56 โรงพยาบาล ระดับ M 1	1. จำนวนของ โรงพยาบาล 59 โรงพยาบาล ระดับ M 1	1. จำนวนของ โรงพยาบาล 63 โรงพยาบาล ระดับ M 1

	ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อย ละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อย ละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อย ละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention 2. Refracture < ร้อย ละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป								
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์											
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Refracture Prevention											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline data</th><th>หน่วยวัด</th><th colspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NA</td><td>จำนวน โรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention</td><td>มีทีม Refracture Prevention ทั้งหมด 50 โรงพยาบาล (จากทั้งหมด 81 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ)</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561		NA	จำนวน โรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	มีทีม Refracture Prevention ทั้งหมด 50 โรงพยาบาล (จากทั้งหมด 81 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ)	
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561										
NA	จำนวน โรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	มีทีม Refracture Prevention ทั้งหมด 50 โรงพยาบาล (จากทั้งหมด 81 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ)										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรสาร : 02-3539-845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 E-mail : somsakortho@gmail.com										
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นพ.ภัทรwinท์ อัตตะสาระ ¹ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 0-2965-9851 สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 2.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC)	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นพ.สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรสาร : 02-3539-845	หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้าน ออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 E-mail : somsakortho@gmail.com										

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 – 90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิมเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้การรักษาตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : (Leading Indicator)

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิมเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิมเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป</p> <p>หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้</p>

	หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมินปี :

ปีงบประมาณ 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
50	50	50	50

ปีงบประมาณ 2563:

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

ปีงบประมาณ 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
70	70	70	70

วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	NA	NA	NA
	หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดใหม่ ที่ใช้วัดคุณภาพการรักษา				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เอกรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรศัพท์ : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com		หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.เกรียงไกร เอกรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรศัพท์ : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com		หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ		

	2. นพ.ภัทรwinท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรwinท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. นายปวิช อภิปาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรสาร : 0 2591 8279	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9959 4499 E-mail: eva634752@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
คำนิยาม	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อ แสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสน ประชากร

เกณฑ์เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากรฐานข้อมูลปี พ.ศ.2560 : 28 ต่อแสนประชากร)

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
26 ต่อแสนประชากร	25 ต่อแสนประชากร	24 ต่อแสนประชากร

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการเจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากรฐานข้อมูลการตายทะเบียน ราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการเจ้งตายจากรฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	26

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	25

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	24
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นของ ทะเบียนราชภัฏของกระทรวงมหาดไทย		
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2558 2559 2560 2561
	27.8 (2557)	ต่อประชากร แสนคน	28.6 26.55 26.44 20.92 (9 เดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เอึงรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-591-9999 ต่อ 30920 โทรสาร : 02-591-9972 สถาบันโรคท่องอก กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรwin อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรสาร : 02-965-9851 กรมการแพทย์		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรwin อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรสาร : 02-965-9851 กรมการแพทย์		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรwin อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรสาร : 02-965-9851 กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิปาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรสาร : 02-591-8279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352		

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

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรออยู่ ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาแบบเร็วด้วยวิธีผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาแบบเร็วด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาแบบเร็วด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรออยู่ของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษา วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับยาเคมีวันสุดท้าย วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย

	<p>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดขึ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา焉เร็ง</p>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียน焉เร็ง
รายการข้อมูล	$A_{(S)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา} \leq 4 \text{ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด}$ $A_{(C)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด} \leq 6 \text{ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด}$ $A_{(R)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา} \leq 6 \text{ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด}$
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษา焉เร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน}$ $B_{(C)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา焉เร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน}$ $B_{(R)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษา焉เร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน}$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60

ปี 2563	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เค米บำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60		
ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเค米 บำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	75	-	75		
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	65	-	65		
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม					
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	
		การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	75.66	78.83	78.99
		เค米บำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65	81.17	81.89
		รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรุณ อิ่มสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรwin พัฒนาสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรรมการแพทย์	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรwinท อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรwinท อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com 2. นายปวิช อภิภาณกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com กรมการแพทย์

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ข้อตัวชี้วัด	30.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ● eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	66%	66%	66%

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรฐานรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 คราวตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 คราวตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน ● โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) $\times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2562:												
<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	66%	66%	66%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
-	66%	66%	66%									
ปี 2563:												
<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	66%	66%	66%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
-	66%	66%	66%									
ปี 2564:												
<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	66%	66%	66%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
-	66%	66%	66%									
<p>หมายเหตุ : ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน</p>												
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลาันี้ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสั้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด											
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.								
				2558 2559 2560								
				63.3 63.6 62.8								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - โรงพยาบาลใหญ่ นายแพทย์เจริญชาญต้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com											
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นายเพบูลย์ ไวยี โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th											

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	31.ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพต่ออย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการอยู่ และลดการส่งต่ออุบัติเหตุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template						
เอกสารสนับสนุน :	Vision 2020 thailand						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน			2559	2560	2561	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.วรรภัทร วงศ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์(วัดไร่ขิง)						
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม vision 2020 thailand						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรินทร์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 2. นายปริช อภิภาณุกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 6352 โทรศัพท์มือถือ : 0 8595 94499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com						

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)						
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปัจจุบัน ถ่ายอวัยวะ						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต, ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	32.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล						
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทย์สภากำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด และ ได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะได้อย่างหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย ● จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุก สาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร) <p>หมายเหตุ : (ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจาก การปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและ จังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะ อวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ)</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.8 :100</td> <td>0.9 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.8 :100	0.9 : 100	1.0 : 100
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
0.8 :100	0.9 : 100	1.0 : 100					
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุคระดับ A และ S ทั่วประเทศ						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบฯ 2562 มาเปรียบเทียบ กับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุคระดับ A และ S ทั่ว ประเทศในปีงบฯ 2561						
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (อวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายทุกรายในประเทศไทย จะต้องถูกจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น และกماหากจะ 						

	<p>เป็นผู้รายงานจำนวน actual donor ในแต่ละปีให้กับ WHO จึงต้องถือรายงานของภาคเป็นมาตรฐาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบฯ 2561
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			0.31	0.30	0.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์	นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : jibpat@yahoo.com			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นส.วรรณ์ อ้ำช้าง โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 กองบริหารการสาธารณสุข กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : Primary05@hotmail.com			

	นายปวิช อภิปาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัาร : 02-5918279	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภค โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์ กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรศัาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ นายปวิช อภิปาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัาร : 02-5918279	นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : jibpat@yahoo.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ระดับการแสดงผล	ประเทศไทย
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)
คำนิยาม	ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมี คะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
20	22	24

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาฯยาเสพติดในทุกรายบบ และรายงานข้อมูลการ บำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การ บำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานพื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการ บำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานพื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศไทย ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์พื้นฟูสมรรถภาพ ทันทสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลัง จำหน่าย
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดพื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถานบำบัดพื้นฟูผู้สูงอายุสภาพติดเชื้อ จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยชายเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาชายเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามชายเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษาชายเสพติดของประเทศไทย (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

หมายเหตุ หลังการบำบัดครบใหม่มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.อังกูร ภัตรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106

สถาบันบำบัดรักษาและพื้นฟูผู้ติดเชื้อสภาพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

2. นพ.บุรินทร์ สุworุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

	<p>3. นพ. อัครพล คุรุศักตรา รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. นางสาวสุราทิพย์ จันทรกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ</p> <p>5. นางอรพิน ทนันขัติ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางอุบล ศรีปะรสเรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางอัจฉรา วีไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาระและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพ ต่อเนื่องหลังจากทำการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)

ค่านิยาม	ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมี คะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก. กสร. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 - 3 และ ผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4 – 26						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>40</td> <td>42</td> <td>44</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	40	42	44
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
40	42	44					

วัตถุประสงค์	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตาม(พบทั่ว)และหยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาฯยาเสพติดทุกราย ในสถานบำบัดพื้นฟูผู้เสพผู้ ติดยาเสพติด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดพื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดพื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์พื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดพื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :							
ปี 2562:							
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>40</td> <td>40</td> <td>40</td> </tr> </table>	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	40	40	40	
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
40	40	40					

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	ข้อมูล สถานบำบัดพื้นผู้เสพติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การให้คะแนน <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>38</td><td>39</td><td>40</td><td>41</td><td>42</td></tr> </tbody> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	38	39	40	41	42
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5											
38	39	40	41	42											
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลบำบัดรักษาฯยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.												
			2559	2560	2561										
	ร้อยละ 40 ของผู้เชื้อ/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจาก การบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate)	ร้อยละ													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อั่งกร ภัตรารถ โทรศัพท์ที่ทำงาน : สถานบันบำบัดรักษาและพื้นผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. นพ.บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต 3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884 รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450													

	<p>4. นางสาวสุราทิพย์ จันทร์กษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ</p> <p>5. นางอรพิน หนันขิต นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106 สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นางอัจฉรา วีไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 สถาบันบำบัดรักษาระและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)																				
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)																				
โครงการที่	16.การบริบาลพื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)																				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และประเทศ																				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>35.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลพื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) <u>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลพื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</u></p>																				
คำนิยาม	<p><u>การบริบาลพื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง</u>ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน <u>จำเป็นต้องได้รับบริการพื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดย ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach)</u> อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ใน โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติภาระประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมี การให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คำย่อ</th> <th>คำเต็ม</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BI</td> <td>Barthel ADL index</td> <td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มี คะแนนเต็มเท่ากับ 20</td> </tr> <tr> <td>IMC</td> <td>Intermediate care</td> <td>การบริบาลพื้นสภาพระยะกลาง</td> </tr> <tr> <td>IPD</td> <td>In-patient department</td> <td>หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอนใน โรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา</td> </tr> <tr> <td>Stroke</td> <td>Cerebrovascular accident</td> <td>การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64</td> </tr> <tr> <td>TBI</td> <td>traumatic brain injury</td> <td>การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจาก ภัยนตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069</td> </tr> </tbody> </table>			คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มี คะแนนเต็มเท่ากับ 20	IMC	Intermediate care	การบริบาลพื้นสภาพระยะกลาง	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอนใน โรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา	Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64	TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจาก ภัยนตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย																			
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มี คะแนนเต็มเท่ากับ 20																			
IMC	Intermediate care	การบริบาลพื้นสภาพระยะกลาง																			
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอนใน โรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา																			
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64																			
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจาก ภัยนตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069																			

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

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

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภัยในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลภัยในระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด)</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วย ใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p>ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับ โรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> * โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้ง การสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา * การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ <p>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายใต้ในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p>

	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นช้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดรอบชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

สูตรคำนวนตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน:

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 25		ร้อยละ 50
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 60		ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 65		ร้อยละ 70

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 75		ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน
------------------	--------------------------------

เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการพื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะพื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการพื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
			-	-	เริ่มมีการ ดำเนินการ IMC เป็นปีแรก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ ศุภศิลป์ จำปานาค โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 กลุ่มงานเวชกรรมพื้นฟู โรงพยาบาลสาระบุรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email: sjampnak@gmail.com
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

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

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

			<p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ®</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>53.2 Unilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.3 Bilateral repair of femoral hernia</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele		<p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p> <p>Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis</p>
3	Hemorrhoid		<p>49.4 Procedures on hemorrhoids</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure</p>
4	Vaginal bleeding		<p>68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus</p> <p>68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiaeLysis of intraluminal uterine adhesions</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage, Hysteroscopic endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus</p> <p>Uterine myomectomy</p>
5	<i>Esophagogastri cvarices</i>		<p>I85.0 Oesophagealvarices with bleeding</p> <p>I85.9 Oesophagealvarices without bleeding</p> <p>I86.4 Gastric varices</p>

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

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

			<p>system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct</p> <p>52.97 Endoscopic insertion of nasopancreaticdrainage tube</p> <p>52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct</p>
หมายเหตุ : รอบประกาศเพิ่มจาก 12 โรคเดิม (รอบการพิจารณาจากที่ประชุม สปสช.)			

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวบันทิตา ภูวาก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6330 โทรศัพท์มือถือ : 09 5954 9878 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : bantita_1993@hotmail.com <u>กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</u> <u>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329</u> โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : sp.dms57@gmail.com <u>สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</u></p> <p>3. นายปวิช อภิภาณกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com <u>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</u></p>
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3

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

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนา คุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด

รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง

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

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

ปี 2562 :

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

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

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

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

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

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

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

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

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

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

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

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

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

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

วิธีการประเมินผล :

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

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

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

เอกสารสนับสนุน :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>

คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	
		ร้อยละ	N/A	N/A	11.89	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ			1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-211297 โทรสาร : 037-211297 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com		
			2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรสาร : 035-242182 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 E-mail : rattapong.b@gmail.com		
			3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276 กรมการแพทย์	หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com		
			2. นายสโตรช จินดาภิษัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599 Email: maxjung_woo@hotmail.com		
			3. นางสาวปาริชาต หมื่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829 E-mail : m.b.parichat@gmail.com		
			4. นางสาวพิมลมาส คุ้มชุม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945 E-mail : pepimolmas11@gmail.com		
			5. นายอัครเดช เป็งจันตา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702 Email: akaradhp@gmail.com		

	กองสาธารณสุขฉกเฉิน	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นาย索รัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันการแพทย์ฉกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830 โทรสาร : 02-3547084 E-mail : kveerasarn@gmail.com สถาบันประสាណิทยา กรมการแพทย์</p> <p>3. น.พ.เกษมสุข โยราสมุทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉกเฉิน โรงพยาบาลเลติสิน กรมการแพทย์</p> <p>4. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384 E-mail : teerachai.y@gmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com</p>

หมวด	Services Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกแบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24

วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกแบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับ A , S และ M1 สังกัด สร. ในระบบรายงาน PA ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24	ร้อยละ 24

วิธีการประเมินผล : การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส

เอกสารสนับสนุน :

- รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ
- รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	80,522	98,732	106,739
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	526,961	521,422	384,173
	13.23	ร้อยละ	15.28	18.94	27.78

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัฟ : 02-8721603 นายสุวัฒ อภิญญาณท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721600 โทรศัฟ : 02-8721603 <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089 0361669 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th</p> <p>พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน) งานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8321669 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th</p>
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
----------------------------------------------------------------	-------------------------------

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

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)						
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลี่ยพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ						
โครงการที่	1. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เลี่ยง (Hot Zone)						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัด	39. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน						
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 4. มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชือกของสถานบริการการสาธารณสุข 5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <p>พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด ได้แก่ พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย พื้นที่มีมลพิษทางอากาศ และพื้นที่คาดว่าจะเกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (จำนวน 46 จังหวัด) พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในดับ (จำนวน 27 จังหวัด) และพื้นที่ทั่วไปที่มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ (จำนวน 23 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 76 จังหวัด</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 60 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ร้อยละ 100 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์อนามัย (ศอ.) เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และสำเนาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) 3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค 						

	4. ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานฯ จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100
ระยะเวลารายงาน	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2561, มีนาคม 2562, มิถุนายน 2562, กันยายน 2562)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจง แนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพแก่หน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ แก่หน่วยงาน สาธารณสุข/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u>	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u>	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดี</u>

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการ ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ แก่น้ำท่วมงาน สาธารณสุข/ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับดีมาก</u>
วิธีการประเมินผล :			<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (ศคร.) <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด 2.2 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) 2.3 สุมประเมินเชิงคุณภาพ 2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต 3. ส่วนกลาง (กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค) สุมประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศไทย
เอกสารสนับสนุน :			<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) และคู่มือการใช้งาน ระบบฯ 2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 3. คำแนะนำการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมาลพิษสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ 4. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง 6. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด <ol style="list-style-type: none"> 6.1 โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่า ด้วยการสาธารณสุข

	<p>6.2 หลักสูตรอบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการยกเว้นข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>7. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>8. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>9. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>10. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>11. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>12. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล</p> <p>13. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>14. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</p> <p>15. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่</p>																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>94.74 (72 จังหวัด)</td> <td>60.53 (46 จังหวัด)</td> <td>65.79 (50 จังหวัด)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ณ 25 กย. 60</td> <td>ณ 11 กย. 61</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	94.74 (72 จังหวัด)	60.53 (46 จังหวัด)	65.79 (50 จังหวัด)			ณ 25 กย. 60	ณ 11 กย. 61	
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2559	2560	2561															
ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	94.74 (72 จังหวัด)	60.53 (46 จังหวัด)	65.79 (50 จังหวัด)															
		ณ 25 กย. 60	ณ 11 กย. 61																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ประเด็นมีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>1. นางสาวพาสนา ชมกลิน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการโทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>2. นายประหยัด เคนโยรา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการโทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : paktiw_y@hotmail.com</p>																		

<p>สำนักโรคจากการประกลบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ประเด็นมีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>1. นายสุพจน์ อลาอุสман นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 โทรศัพท์มือถือ : 081-8691246 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th</p> <p>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>2. นายประหยัด เ肯โยรา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359 โทรสาร : 02-5904388 E-mail : paktiw_y@hotmail.com</p> <p>ประเด็นมีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>1. นายพลากร จินตนาวิวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : 084-8289950 โทรสาร : 02-5918180 E-mail : palakorn.c@anamai.mail.go.th</p> <p>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>2. นางสาวชญาณี ศรีวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 โทรศัพท์มือถือ : 097-1523336 โทรสาร : 02-5918180 E-mail : chayanee.s@anamai.mail.go.th</p> <p>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นมีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวปาณิสา ศรีดิรมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : 099-6549915 โทรสาร : 02-5904200 E-mail : panisa.s@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นมีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>1. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904177 โทรศัพท์มือถือ : 080-4346888 โทรสาร : 02-5904188 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p>ประเด็นมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>1. นางสุธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : 063-4515644 โทรสาร : 02-5904255 E-mail : sutida.u@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวพาสนา ชุมกลิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรสาร : 02-5904356 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย 2. นายประหยด เ肯โยธา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : 02-5904388 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 097-1141359 E-mail : paktiw_y@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวพาสนา ชุมกลิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรสาร : 02-5904356 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-7141092 E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. มีข้อมูล สถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
1.1 มีการสำรวจ และจัดทำฐานข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย 1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุ ประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้)	1.1 มีการข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่ลงในระบบ NEHIS และ หรือจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลรูปแบบต่างๆ อย่างน้อย 5 ประเด็น และมีการบันทึกและ จัดเก็บข้อมูล อยู่ในรูปแบบของฐานข้อมูล 1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย 1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุ ประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้) 1.4 มีการนำสถานการณ์ปัญหาหรือปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่ ไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการจัดการ ปัญหา	1.1 มีการข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่ลงในระบบ NEHIS และ หรือจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลรูปแบบต่างๆ อย่างน้อย 7 ประเด็น และมีการบันทึกและ จัดเก็บข้อมูล อยู่ในรูปแบบของฐานข้อมูล 1.2 มีการปรับปรุงข้อมูลในฐานข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย 1.3 มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพในระดับพื้นที่ (ที่สามารถระบุ ประเด็นปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ได้) 1.4 มีการนำสถานการณ์ปัญหาหรือปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่ ไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการจัดการ ปัญหา 1.5 มีการสื่อสารข้อมูล สถานการณ์ด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และ แนวทางการควบคุม/ป้องกันปัญหาด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่ประชาชนและ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
<p>หมายเหตุ : ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงการจัดการลิงปฏิภูมิและพยาธิใบไม้ในตับ</p> <p>ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลจำนวนประชากร/ข้อมูลสถานะสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงสัมผัสมลพิษสิ่งแวดล้อมและผู้ประกอบอาชีพ ในพื้นที่</p> <p>ฐานข้อมูล ได้แก่ ระบบสารสนเทศอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) /ระบบตรวจสอบมาตรฐานสถานประกอบการ ด้านอาหาร กรมอนามัย /โปรแกรมสำเร็จรูปการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล /โปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ /ฐานข้อมูลในรูปแบบ Excel File และฐานข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ</p>		
2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.2 มีการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวัดและ เฝ้าระวังด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม 2.3 มีการวิเคราะห์ผลกระบวนการด้านสุขภาพ (โรค/อาการสำคัญ) จากมลพิษสิ่งแวดล้อม	2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.2 มีฐานข้อมูลผลการตรวจวัดและเฝ้าระวัง ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่	2.1 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.2 มีฐานข้อมูลผลการตรวจวัดและเฝ้าระวัง ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานที่ ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
และการประกอบอาชีพที่สำคัญ เพื่อการเฝ้าระวังในพื้นที่	2.3 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิช สิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ	2.3 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิช สิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน
2.4 มีการรวบรวมข้อมูลโรค/อาการสำคัญตามประเด็นปัญหาในพื้นที่จากมลพิช สิ่งแวดล้อมหรือจากการประกอบอาชีพ	2.4 มีการนำข้อมูลผลการตรวจคุณภาพสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพเสนอเข้าที่ประชุมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม	2.4 มีการนำข้อมูลผลการตรวจคุณภาพสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพเสนอเข้าที่ประชุมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีข้อมูลการแก้ไขปัญหามลพิช สิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 ประเด็น
2.5 มีแผนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ และการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับรพศ./รพท. และ รพช. (บางแห่ง)	2.5 มีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ และการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับ รพศ./รพท., รพช. (ทุกแห่ง) และ รพ.สต.(บางแห่ง)	2.5 มีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ และการสนับสนุน ติดตามเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับ รพศ./รพท., รพช. (ทุกแห่ง) และ รพ.สต. (อย่างน้อยร้อยละ 80)
2.6 มีแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	2.6 มีทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด (วัดความสำเร็จที่คำสั่งฯ)	2.6 มีทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด และเครือข่ายทีมสอบสวนโรคฯ ระดับอำเภอ ที่เป็นรูปธรรม (วัดความสำเร็จที่คำสั่งฯ)
		2.7 เป็นการเฝ้าระวังที่คุ้มครองสุขภาพของประชาชนมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรในจังหวัด

3. มีกลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด

ระดับพื้นฐาน	ระดับปี	ระดับดีมาก
3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงาน ขั้นเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3	3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงาน ขั้นเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3 มายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ สาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตาม <u>รายงานผลการดำเนินงานของ</u> <u>คณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการ</u> <u>สาธารณสุข</u>	3.4 มีการส่งรายงานการดำเนินงานขั้นเคลื่อน การจัดการปัจจัยเสี่ยงตามข้อ 3.3 มายังฝ่าย เลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่าน ทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการ ดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่า ด้วยการสาธารณสุข
3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงาน ขั้นเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปี	3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงาน ขั้นเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปี มายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ สาธารณสุขผ่านทางโปรแกรมกำกับติดตาม <u>รายงานผลการดำเนินงานของ</u> <u>คณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการ</u> <u>สาธารณสุข</u>	3.5 มีการส่งสรุปผลการดำเนินงานขั้นเคลื่อน การจัดการปัจจัยเสี่ยงประจำปีมายังฝ่าย เลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขผ่าน ทางโปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการ ดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่า ด้วยการสาธารณสุข
3.6 มีการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้ง คณะกรรมการ การจัดทำโครงการร่วม ระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น	3.6 มีการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการ ปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้งคณะกรรมการ การ จัดทำโครงการร่วมระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น	3.6 มีการขยายผลหรือบูรณาการเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการ ปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้งคณะกรรมการ การ จัดทำโครงการร่วมระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น
	3.7 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือมีต้นแบบ (best practice) การจัดการปัจจัยเสี่ยงของ จังหวัดอย่างน้อย 1 ประเด็น และเผยแพร่ หรือนำไปใช้ประโยชน์	3.7 มีการประเมินผลการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือมีต้นแบบ (best practice) การจัดการปัจจัยเสี่ยงของ จังหวัดอย่างน้อย 1 ประเด็น และเผยแพร่ หรือนำไปใช้ประโยชน์
	3.8 มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือข้อเสนอต่อการพัฒนากฎหมายว่าด้วย การสาธารณสุข	3.8 มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือข้อเสนอต่อการพัฒนากฎหมายว่าด้วย การสาธารณสุข

4. มีระบบการจัดการมลพอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข

4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน	4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน	4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการ
4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่	4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่	4.2 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข ได้แก่
(1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัด กรมวิชาการ และรพ.สต.)	(1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สังกัด กรมวิชาการ และรพ.สต.)	(1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
(2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ	(2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ	(2) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ
(3) โรงพยาบาลเอกชน	(3) โรงพยาบาลเอกชน	(3) โรงพยาบาลเอกชน

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
4.3 สถานบริการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 10	(4) คลินิกเอกชน 4.3 สถานบริการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 20	(4) คลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์ 4.3 สถานบริการสาธารณสุขมีการรายงานข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) ร้อยละ 30
5. มีการจัดการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และ</u> มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และ</u> มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และ</u> มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และ</u> มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และ</u> มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และ</u> มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	5.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ
5.3. <u>ร้อยละ 25</u> ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	5.3 <u>ร้อยละ 50</u> ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	5.3 <u>ร้อยละ 60</u> ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)
	5.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)	5.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)
		5.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ครบถ้วน 9 ประเด็นงาน ใน 1 จังหวัด
<u>หมายเหตุ</u> : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา		

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
6. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม		
6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50	6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 60 6.3 มีนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่	6.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 70 ขึ้นไป 6.3 มีนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ 6.4 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ/หรือเป็นแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.5 มีชุมชนต้นแบบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต, ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	40. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพร
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จของเกณฑ์วัดการพัฒนาเมืองสมุนไพรที่นำ เกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร ซึ่งกำหนดโดยกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประเมินระดับความสำเร็จ เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บท แห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้ พื้นที่เกิดการพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำ เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและ สร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชาชนและความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุถาวรสุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>ปัจจุบันมีการดำเนินการโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรทั้งสิ้น 13 จังหวัด ซึ่งมีการ ดำเนินงาน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินการนำร่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2560 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) และระยะที่ 2 ดำเนินการส่วนขยาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ใน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (เขต สุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัด มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>การประเมินระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพรจะวัดจากเกณฑ์ของการ พัฒนาเมืองสมุนไพร โดยแบ่งเป็นต้นทาง กลางทาง ปลายทาง จำนวน 10 ข้อ ดังนี้</p> <p><u>ต้นทาง</u></p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก สมุนไพร</p>

	<p>2. มีจุดรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี</p> <p>3. จำนวนของเกษตรกรที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ 30 ราย</p> <p>4. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แหล่ง</p> <p><u>กลยุทธ์</u></p> <p>5. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p> <p>6. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์</p> <p><u>ปลายทาง</u></p> <p>7. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามแผน</p> <p>8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5</p> <p>9. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น</p> <p>10. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)</p> <p>การวัดผลสำเร็จ: ดำเนินการประเมินตามแบบประเมินเกณฑ์พัฒนาเมืองสมุนไพรตามที่กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด โดยจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 (8 ข้อใน 10 ข้อ) ในปี 2562</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้โครงการเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนแม่บท ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เขตพื้นที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพรจำนวน 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ ได้แก่</p> <p>1. จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) 2. จังหวัดพิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)</p> <p>3. จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) 4. จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)</p> <p>5. จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) 6. จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)</p> <p>7. จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) 8. จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)</p> <p>9. จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) 10. จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)</p> <p>11. จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) 12. จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)</p> <p>13. จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. แบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>2. การตรวจราชการและนิเทศงาน</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน</p>

	<p>3. ข้อมูลจาก hdcservice.moph.go.th</p> <p>4. ข้อมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย</p>												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร												
รายการข้อมูล 2	B = เกณฑ์ประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพรจำนวน 10 ข้อ												
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4												
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</td><td>จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</td><td>จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100						
ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564											
จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100											
	<p>Small success :</p> <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> 1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ พื้นที่ปลูก, ผู้จำหน่าย, ผู้แปรรูป/ ผู้ประกอบการ 2. มีพื้นที่ดำเนินการ ปลูกสมุนไพรให้เป็น Organic อย่างน้อย 1 แห่ง </td><td> 1. มีการพัฒนา พันธุ์ต้นกล้า สมุนไพรที่มี คุณภาพ </td><td> 1. มีการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเด่นใน จังหวัดเพิ่มขึ้น </td><td> 1. ร้อยละของผู้ป่วย นอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นที่ สภาพ ด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 18.5 </td></tr> <tr> <td> 3. มีแผนข้อมูลความ ต้องการวัตถุดิบ สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรของจังหวัด เมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) </td><td> 2. มีแผนการ ตลาดและการ ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้ บรรลุเป้าตาม แผน </td><td> 2. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก) </td><td> 2. ร้อยละมูลค่าการใช้ ยาสมุนไพรต่อยา แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 3. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก) 4. ร้อยละของ เกษตรกรที่ได้รับการ </td></tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ พื้นที่ปลูก, ผู้จำหน่าย, ผู้แปรรูป/ ผู้ประกอบการ 2. มีพื้นที่ดำเนินการ ปลูกสมุนไพรให้เป็น Organic อย่างน้อย 1 แห่ง	1. มีการพัฒนา พันธุ์ต้นกล้า สมุนไพรที่มี คุณภาพ	1. มีการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเด่นใน จังหวัดเพิ่มขึ้น	1. ร้อยละของผู้ป่วย นอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นที่ สภาพ ด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 18.5	3. มีแผนข้อมูลความ ต้องการวัตถุดิบ สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรของจังหวัด เมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	2. มีแผนการ ตลาดและการ ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้ บรรลุเป้าตาม แผน	2. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก)	2. ร้อยละมูลค่าการใช้ ยาสมุนไพรต่อยา แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 3. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก) 4. ร้อยละของ เกษตรกรที่ได้รับการ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ พื้นที่ปลูก, ผู้จำหน่าย, ผู้แปรรูป/ ผู้ประกอบการ 2. มีพื้นที่ดำเนินการ ปลูกสมุนไพรให้เป็น Organic อย่างน้อย 1 แห่ง	1. มีการพัฒนา พันธุ์ต้นกล้า สมุนไพรที่มี คุณภาพ	1. มีการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเด่นใน จังหวัดเพิ่มขึ้น	1. ร้อยละของผู้ป่วย นอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และพื้นที่ สภาพ ด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 18.5										
3. มีแผนข้อมูลความ ต้องการวัตถุดิบ สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรของจังหวัด เมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	2. มีแผนการ ตลาดและการ ประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้ บรรลุเป้าตาม แผน	2. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก)	2. ร้อยละมูลค่าการใช้ ยาสมุนไพรต่อยา แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น 3. มีข้อมูลค่า การตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมในจังหวัด มากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก) 4. ร้อยละของ เกษตรกรที่ได้รับการ										

				รับรอง GAP/ORGANIC เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ต่อปี
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร การอัปเดตข้อมูลขึ้นเว็บไซต์ healthkpi.moph.go.th ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	-			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวพิชญารัตน์ วรรรณวนิจกุล ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการกองสมุนไพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 087-2566825 โทรสาร : 02-1495609 E-mail : th.herbalcity@gmail.com กองสมุนไพร นายณัฐวุฒิ ปราบภัย เกสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 099-4671110 โทรสาร : 02-1495609 E-mail : th.herbalcity@gmail.com กองสมุนไพร นางสาวอัสร บุตรดา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 080-1148545 โทรสาร : 02-1495609 E-mail : th.herbalcity@gmail.com กองสมุนไพร 			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
ผู้รับผิดชอบรายงานผลและการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวพสุชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939 โทรสาร : 02-9659490 E-mail : ppin1987@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน นางสาวสุกัญญา ชาญแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 โทรสาร : 02-591-0218 E-mail : sukanya0210@gmail.com กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร 			

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการวัดผล	เขต
ข้อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อ เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงาน เขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการ ในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอ มีขีด สมรรถนะอย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผน พัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและคุณภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้าน สุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย</p> <p>1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการ สาธารณสุข</p> <p>2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นัก กิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นัก เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักพิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้า พนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้า</p>

<p>พนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ</p> <p>3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคน ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศไทยโดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด</p> <p>4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม</p> <p>เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้</p>	<table border="1" data-bbox="476 1448 1484 1942"> <thead> <tr> <th>องค์ประกอบ</th><th>วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล</th><th>เกณฑ์เป้าหมาย</th><th>ค่าเป้าหมาย</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ของเขตสุขภาพ</td><td>1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับ</td><td>1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยง</td><td>เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5</td></tr> </tbody> </table>	องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับ	1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย						
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับ	1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5						

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

เกณฑ์เป้าหมาย:

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
เขตสุขภาพ จำนวน 9 เขต ต้องผ่าน เกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ	เขตสุขภาพ จำนวน 10 เขต ต้องผ่าน เกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ	เขตสุขภาพ จำนวน 12 เขต ต้องผ่าน เกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป ทั้ง 5 องค์ประกอบ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)	
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	-	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A	
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครึ่ง (ตามรอบการตรวจราชการ)	

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5	

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ >=4

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้					
1	2	3	4	5	
5 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ $>=5$	6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ $>=5$	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ $>=5$	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ $>=5$	9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ $>=5$	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการ บริหารจัดการระบบ การผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด	ระดับ ความ สำเร็จ	-	-	50
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สถาบันพระบรมราชชนก 1. ผู้อำนวยสถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817 2. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก โทรสาร : 02-5901817				

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 100
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 80
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 60
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 40
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 20
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60

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

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

	<p>เต็ม 100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ดังกล่าว ประกอบด้วย</p> <p>3.1 มีข้อมูล คะแนนเต็ม 25 คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ข้อมูล หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ชื่อ – สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ 2) รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสัญเสียงบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ 3) ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของ กระทรวงสาธารณสุข 4) มีข้อมูล หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของ กระทรวงสาธารณสุข <p>3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและ พนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่ กำหนด 2) แผนบริหารตำแหน่ง หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอน การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่ง ให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกด้วย สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น 3) มีแผนบริหารตำแหน่ง หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมี กิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2) <p>3.3 มีการดำเนินการตามแผน คะแนนเต็ม 25 คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แผน หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง 2) การบริหารจัดการ หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตาม หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จ จนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS) 3) การสรรหาบุคคล หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน 4) มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง มีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ ได้กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่าง
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือ เที่ยบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล

3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 คะแนนเต็ม 25 คะแนน

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

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

2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง

หมายถึง สายงานที่สรraphาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่

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

2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน ได้แก่

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

	<p>10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์</p> <p>3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (<u>ยกเว้น</u> 2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประภากร江 (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71</p> <p>4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

เกณฑ์การให้คะแนน

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

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

รายละเอียดการให้คะแนน :

1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

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

2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

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

3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งที่ว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด

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

$$\text{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด} (\text{ข้าราชการ} + \text{พนักงานราชการ}) \text{ สังกัดเขตสุขภาพ}$$

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

4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

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

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

แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

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

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

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ร้อยละของ จังหวัดที่มี บุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ	ร้อยละ	-	-	73.68

	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นละ 73.68 โดยคำนวณจากจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอตามกรอบอัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จำนวน 59 จังหวัด เทียบกับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นายพรชัย ปอสูงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858 กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติราชการและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นางสาวณัฐรยาน์กร เดชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355 2. นายวิธุรย์ หอมดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355 3. นางสาวมินตรา จิร mongkonrod โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918553 โทรสาร : 02-5901355 กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางฐิตากรณ์ จันทร์สูตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรสาร : 02-5901344 2. นางสาวเพรมฤทัย เครื่อเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901344 3. นางสาวกนกภณฑ์ ฤทธิ์เลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901344 กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

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

	4. รพศ. 5. รพท. 6. รพช. 7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2. รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน	1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) 2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer	A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI	A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI) B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1)
แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2)
แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3) ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละ 70 ของบุคลากร ในหน่วยงานมีการประเมิน ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานใน จังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผน	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานใน จังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่าง เป็นรูปธรรม	มี Success Story หรือ Bright Spot จากการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบ ประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90													
วิธีการประเมินผล :	สำรวจ															
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3)															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Happinometer	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometer ไปใช้															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>78.84</td> <td>71.9 (9 เดือน)</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	-	ร้อยละ	-	78.84	71.9 (9 เดือน)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2559	2560	2561												
-	ร้อยละ	-	78.84	71.9 (9 เดือน)												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน HPI	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>62.18</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	-	ร้อยละ	-	62.18	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2559	2560	2561												
-	ร้อยละ	-	62.18	-												

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางธิติกาทร คุหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>2. นางภาณี รนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรสาร : 02-5918628</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : bps.pavinee@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธิติกาทร คุหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>2. นางภาณี รนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>3. นางสาวจิราพร อิทธิชัยวัฒนา[*] โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>4. นางสาวรัชนก พิมพ์สะอาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : bps.pavinee@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 085-1273438 E-mail : j.kaampou@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 080-4818387 E-mail : mook_0507@hotmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI

จังหวัด.....

หน่วยงาน	เพศ	อายุ	สายงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer		ผลการ วิเคราะห์ HPI
				ความสุขราย มิติ	อื่น ๆ	

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม

มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ

จังหวัด.....

หน่วยงาน	องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข			ผลการดำเนินงานตามแผน			ปัญหา/ อุปสรรค
	ผลวิเคราะห์ Hppinometer	ผลวิเคราะห์ HPI	ปัจจัยสนับสนุนการลง ทุ่น จัดการ ก่อตั้งครา	ดำเนินการ แล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	ปรับแผน	

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4

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

จังหวัด.....

หน่วยงาน.....

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

บทสรุปผู้บริหาร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ผู้ประสานงาน..... เบอร์ติดต่อ.....

แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ

Excellent Happy Workplace Assessment (EHWA)

ชื่อองค์กร.....

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดต่อข้อความ
ในแต่ละข้อ โดยแต่ละระดับของผลการประเมินมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง เก็บด้วยอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง เก็บด้วย
- 3 หมายถึง ไม่เก็บด้วย
- 2 หมายถึง ไม่เก็บด้วยอย่างยิ่ง
- 1 หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น
- 0 หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข						
หมายถึง ผู้บริหาร ได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร						
1.1) ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกระดับ						
1.2) ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
1.3) ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานได้อยู่ และชุมชนสามารถลัพธ์						
1.4) ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานได้อยู่ และชุมชนสามารถลัพธ์						
1.5) ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองคน ครองตน และครองงาน)						
รวม						

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

หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข						
หมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากร โดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทองค์กร						
2.1) องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารงานให้อี้อ้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
2.2) องค์กรมีบรรยายกาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของพนักงาน เช่น การหักท้าย การไหว้ การยืน การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
2.3) องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน						
2.4) องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มน้ำอัดลม ใช้ยาเสพติด						
2.5) องค์กรมีการพัฒนาระบวนการใหม่หรืออนวัตกรรมในการดำเนินงาน เสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

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

หมวดที่ 3 การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาวะ

พิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

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

หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไรสอดคล้องกับแนว
ทางการสร้างความสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข						
หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเอง มีคุณลักษณะอย่างไร						
4.1) พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
4.2) พนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ และมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
4.3) พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสามารถสนับสนุน						
4.4) พนักงานมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

อธิบายนี้ เจียรวรรณ ฤทธิ์, ศรัล ชูนวิทยา และสิทธิพร กล้าบึง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข

พิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิตภาพรวมขององค์กร

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

สรุปผลการประเมิน

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

อธิวัฒน์ เรียมวิวรรณ์นกุล, ศรีล ชุมวิทยา และสิทธิพร ก้าวหนีง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นมิตร: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)						
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส						
ระดับการวัดผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA						
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความโปร่งใส (Transparency) ด้านความพร้อมรับผิด (Accountability) ด้านความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ด้านคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลูกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td></tr> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90					
คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน							

	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	
คะแนน	80–100	60–79.99	40–59.99	20–39.99	0–19.99		
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง ³ 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB 1 – EB 26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง						
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ :						

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)			
Small Success :			
ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 1- EB 4) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี

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

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการวัดผล	เขต/จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายที่ระบุไว้ในส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์การ 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 ค่าตาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด เป็นปีละ พ.ศ. 2562 ดำเนินการหมวด 2 กับหมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1, หมวด 5 (Maintain)</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2, หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3, หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน 4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1, หมวด 5 (Maintain)	2562	หมวด 2, หมวด 4	2563	หมวด 3, หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1, หมวด 5 (Maintain)												
2562	หมวด 2, หมวด 4												
2563	หมวด 3, หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	<p>5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขั้น弄หมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)</p> <p>6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรของส่วนราชการ</p> <p>7. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>8. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน</p> <p>9. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับหน่วยงาน</th><th>ปีงบประมาณ 2562</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td></tr> <tr> <td>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td></tr> <tr> <td>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)
ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562								
1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)								
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)								
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)								
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	<p>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด								
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด								
รายการข้อมูล 5	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ 13 คำถามภายในระยะเวลาที่กำหนด หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5	1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
2.ส่วนราชการมีผลประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5	2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	2.สำนักสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
3.ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด			3.สำนักสาธารณสุขอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40)
4.ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด			

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

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

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

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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
แหล่งข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccreditation			
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง ขั้น 3 + Reaccreditation			
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง) ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. (A/B) x 100 2. (C/D) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2562 :				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรรมการ แพทย์, กรมควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00
วิธีการประเมินผล:	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			

	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
	โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 86.00	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00
เงื่อนไข :						
<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง <p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน และเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)</p> <p>2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p>						
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> ● จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36	ร้อยละ 83.64	ร้อยละ 99.39
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 69.40	ร้อยละ 69.49	ร้อยละ 62.31	ร้อยละ 85.75
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีระพงษ์ ตุนacula โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาวศิริพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631 5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริตร โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631 กองบริหารการสาธารณสุข		ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755 E-mail : w-wunchai@hotmail.com			

	<p>1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรสาร : 02 -591-8234</p> <p>2. นางสาวราีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรสาร : 02 -591-8234</p> <p>3 นางสาวกัญญา วงศ์ชุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรสาร : 02-591-8234</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ โทรศัพท์มือถือ : – E-mail : - นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com</p>
	กรรมการแพทย์	
	<p>1. นางเบญจมาศรณ์ วิญญูพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268</p> <p>2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695 E-mail : trodjana@hotmail.com</p>
	กรรมควบคุมโรค	
	<p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์ สุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533</p> <p>2. น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนา¹ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรสาร : 02-149-5533</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : - นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 083-139-673 E-mail : sidarama4@gmail.com</p>
	กรรมสุขภาพจิต	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค² โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร :</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p>

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)															
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ															
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ															
ระดับการแสดงผล	เขต															
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว															
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริการดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมี สุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชาชนเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA) <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการ ประเมินใหม่</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย :	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 2. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สสส) <table border="1"> <thead> <tr> <th>กระบวนการ</th><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Accreditation</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> <tr> <td>Re-accreditation</td><td>-</td><td>ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61 ร้อยละ 100</td><td>ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62 ร้อยละ 100</td><td>ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63 ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	กระบวนการ	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	Accreditation	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	Re-accreditation	-	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63 ร้อยละ 100
กระบวนการ	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65												
Accreditation	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100												
Re-accreditation	-	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63 ร้อยละ 100												

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,820 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2560 และ ปี 2561)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม) B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว(สะสม) C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว (สะสม)
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (9,806 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3-4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมซึ่งแจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครุ ก) 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2562	1. อบรม ครุ ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 2. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 80 (สะสม)

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

ปี 2565:

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

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดแจ้ง เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชราฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์กรอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐาน湿润บัตร กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายทุกสาเหตุ (คน)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการตายไม่ทราบสาเหตุ (คน)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :					
สาเหตุการตาย					
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %	
2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %	
2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย(มรฉบับตร)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	1. สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-defined) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	8 จ.ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 10.5	12 จ.ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 15.8 (ข้อมูลรอบ 9 เดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ข้อมูลสาเหตุการตาย</u> 1. นางสาววันวิสาข์ จำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : aom_juice@hotmail.com กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาววันวิสาข์ จำมาก นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : aom_juice@hotmail.com กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
คำนิยาม	<p>Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการ พัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับ ความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p> <p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้และผู้รับบริการ</p> <p>ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 Smart Tools : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วย ในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบให้บริการนัดหมาย หรือ จองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือน ผู้รับบริการแบบ “ออนไลน์” (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของ ผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือ คลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการ ได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง 2 ระบบจึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1 <p>ระดับ 2. Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบบิลลิ่กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ <p>โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องมี Smart Service เรื่อง การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบบิลลิ่กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2</p> <p>ระดับ 3. Smart Outcome: หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเข้มข้นยังกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบบางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการสามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดง Success Story จาก Smart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ในระดับ จังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	รพศ./รพท จังหวัดละ 1 แห่ง	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท	ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท
	ร้อยละ 50 ของ รพช	ร้อยละ 70 ของ รพช	ร้อยละ 85 ของ รพช	ร้อยละ 100 ของ รพช
	ร้อยละ 50 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 85 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 100 .ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคิวย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการ พัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการ สุขภาพได้อย่างเหมาะสม • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับ การพัฒนาเป็น Smart Hospital
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. รวบรวม การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. สำนักงานเขตสุขภาพ กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด/ เขต/ กรมวิชาการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
รพ.กลุ่มเป้าหมาย คือ <ol style="list-style-type: none"> 1.รพ.สังกัด สป. คือ - รพศ/รพท 116 แห่ง - รพช 781 แห่ง 2.รพ.สังกัดกรมวิชาการทุกแห่ง รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital	ร้อยละ 50 ของรพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ 75 ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	ร้อยละ 100 ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป													
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ. 2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome 															
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางและมาตรฐานเขื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway) 2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน H4U 3. คู่มือ MOPH Connect Smart Queue กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 4. คู่มือแอปพลิเคชัน “Hygge Medical Service” เขตสุขภาพที่ 5 															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพ.ภาครช្ញที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital</td> <td>แห่ง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	รพ.ภาครช្ញที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	แห่ง	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2559	2560	2561												
รพ.ภาครช្ញที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	แห่ง	-	-	-												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>Project Manager</u></p> <p>1.นางเดือนเพ็ญ ไอยธีวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรสาร : 025918565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 2.นายแพทย์เลอศักดิ์ ลีนันธิคุณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0635499693 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์มือถือ : 0818925883</p>															

	<p>โทรศัพท์ : 025901215 รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. <u>Smart Tools:</u> นางกนกวรรณ มาป่อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708 โทรศัพท์ : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. <u>Smart Service :</u> นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรศัพท์ : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	E-mail : drlersak2012@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p><u>Smart Tools:</u> 1.เดือนเพ็ญ ไอยเขียง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693 โทรศัพท์ : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 2.นางกนกวรรณ มาป่อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708 โทรศัพท์ : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. <u>Smart Service:s</u> นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543 โทรศัพท์ : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางรุ่งนิภา อมาตยกุล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663 โทรศัพท์ : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	<p>PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมออครอบครัว หมายถึง ระบบบริการที่มีทีมหมออครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยขยายความได้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึง วัยสูงอายุ • บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานพัฒนาฟูฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บุริโภค • บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมออครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน • บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถาม ปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยาเม็ดไปได้ป่วย ด้วยการทิ้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook และมีทีมหมออครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมออครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน <p>ทีมหมออครอบครัว ประกอบด้วย พแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล (อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมออครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)</p> <p>Application PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมออครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กราฟฟิครัด เน่าะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือ</p>

	ของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก ครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ ขึ้นทะเบียนคลินิก ครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ ขึ้นทะเบียนคลินิก ครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ปี 2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ ขึ้นทะเบียนคลินิก ครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ปี 2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ ขึ้นทะเบียนคลินิก ครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ปี 2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมครอบครัว (PCC) เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเอง เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม PCC (ทีมครอบครัว) ทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีม PCC ที่ใช้ Application PCC
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการจัดทำข้อสรุปแนว ทางการพัฒนา Application PCC รายงาน เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p> <p>2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขต สุขภาพละ 1 ทีม เป็น PCC นำร่อง</p> <p>3. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC</p>	<p>1. มีการพัฒนา Application และทดสอบ ใช้งานใน PCC นำร่อง</p> <p>2. มีการรายงาน ความก้าวหน้าในการ พัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p>	<p>1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัว ตามเกณฑ์ ของ สสป. ในปี 2562 (ร้อยละ 50)</p> <p>2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC</p> <p>3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อม ข้อเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ</p>	<p>มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้ใน PCC ทั้งหมด ที่ขึ้น ทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ในปี 2562 (ร้อยละ 100)</p>

วิธีการประเมินผล :	<p>1. ตรวจสอบจากรายงานที่เสนอ CIO สป.สธ.</p> <p>2. ผลการใช้งาน Application PCC โดยการสอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ได้ทดลองใช้งานจริง</p>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและ แลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)</p> <p>2. ผลวิเคราะห์แนวทางการใช้ Application PCC ดูแลประชาชน (PCC Platform) โดย สปค.</p> <p>3. คู่มือ การใช้งาน App. PCC</p>
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ทีม PCC ที่มีการ ใช้ App. PCC	แห่ง	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>Project Manager:</u></p> <p>1. นายแพทย์ไพบูลย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มการกิจด้าน^{บริการ} โรงพยาบาลปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808</p> <p>โทรศัพท์ : - E-mail : paitoongt@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)</p>
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2. นายวสันต์ สายทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532</p> <p>โทรสาร : 025901215</p> <p>E-mail : wasun.s@moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นายแพทัย พิพุทธ์ย์ อ่อนเกตุ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : -</p> <p>โทรสาร : -</p> <p>โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)</p> <p>2. นายวสันต์ สายทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532</p> <p>โทรสาร : 025901215</p> <p>E-mail : wasun.s@moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	<p>รองผู้อำนวยการกลุ่มการกิจด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0931310808</p> <p>E-mail : paitoongt@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางรุ่งนิภา omasatyak</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200</p> <p>โทรสาร : 025901215</p> <p>E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	<p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0870276663</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	51. ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ
คำนิยาม	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ หลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศไทยของทั้ง 3 ระบบ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%

วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CS) ▪ ระบบประกันสังคม (SS) ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีครู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีคี่)
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔
รายการข้อมูล 1	-อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC -อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศไทย : CR-T
รายการข้อมูล 2	ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศไทย : CRdif-CS, CRdif-SS, CRdif-UC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย { CRdif-CS, CRdif-SS, CRdif-UC }
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ (ปีคี่)

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	<=1.5%

วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC } <= 1.5																													
เอกสารสนับสนุน :	-																													
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	ปี 58 60 <table border="1"> <tr> <td>CR-UC</td><td>87.58%</td><td>87.85%</td></tr> <tr> <td>CR-CS</td><td>90.34%</td><td>86.26%</td></tr> <tr> <td>CR-SS</td><td>90.06%</td><td>84.71%</td></tr> <tr> <td>CR-T</td><td>88.20%</td><td>87.18%</td></tr> </table>			CR-UC	87.58%	87.85%	CR-CS	90.34%	86.26%	CR-SS	90.06%	84.71%	CR-T	88.20%	87.18%	ปี 58 60 <table border="1"> <tr> <td>CRdif-UC</td><td>0.62%</td><td>0.67%</td></tr> <tr> <td>CRdif-CS</td><td>2.14%</td><td>0.92%</td></tr> <tr> <td>CRdif-SS</td><td>1.86%</td><td>2.47%</td></tr> <tr> <td>Avg.</td><td>1.54%</td><td>1.35%</td></tr> </table>			CRdif-UC	0.62%	0.67%	CRdif-CS	2.14%	0.92%	CRdif-SS	1.86%	2.47%	Avg.	1.54%	1.35%
CR-UC	87.58%	87.85%																												
CR-CS	90.34%	86.26%																												
CR-SS	90.06%	84.71%																												
CR-T	88.20%	87.18%																												
CRdif-UC	0.62%	0.67%																												
CRdif-CS	2.14%	0.92%																												
CRdif-SS	1.86%	2.47%																												
Avg.	1.54%	1.35%																												
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.กานูจนา ศิริโภมล 2.วรรณ เอียวประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th																										
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.กานูจนา ศิริโภมล 2.วรรณ เอียวประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th																										
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.กานูจนา ศิริโภมล 2.วรรณ เอียวประพาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			E-mail : kanjana.s@nhso.go.th E-mail : wanna.e@nhso.go.th																										

หมวด	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ
คำนิยาม	<p>สิทธิประโยชน์ หมายถึง ประโยชน์ที่ได้ตามสิทธิ สิ่งที่เป็นผลดีที่บุคคลได้ ๆ พึงจะได้รับตามที่ระบุไว้ในกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น...</p> <p>สิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน หมายถึง ประโยชน์ที่บุคคลได้ฯ พึงได้ตามสิทธิที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในลักษณะของโรคหรืออาการที่เหมือนกัน</p> <p>ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้มีการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ของ 3 กองทุน	3 กองทุน มีการปรับปรุงระบบบริหาร และระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	มีกลไกปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลาง	มีต้นทุนบริการที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง	มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง
วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปี พ.ศ. 2566			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก			
รายการข้อมูล 1	-			

รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	

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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการนำเสนอแนวทางการเตรียมการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์กลาง เพื่อนำเข้าในการประชุมคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	3 กองทุน รับทราบ ข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลาง เพื่อ จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิของแต่ละกองทุน	3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางร่วมในการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4	1. มีการกำกับ ติดตามประเมินผล และรายงานต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 2. จัดทำแผนปฏิบัติการในปีถัดไป

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

ปี 2565 :

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

ปี 2566 :

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

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ขณะนี้ยังไม่มี baseline data

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.วัฒน์ชัย จรุณวรรณะ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1553

โทรสาร :

2. นายวัลลภ คชบก

โทรศัพท์ที่ทำงาน :

โทรสาร :

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ

หลักประกันสุขภาพ

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail :

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

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

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

	<p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่มีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง <ul style="list-style-type: none"> : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ : แผนงาน/กิจกรรม : ผลผลิต/ผลลัพธ์ 2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin) 3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน <p>มาตรการ</p> <p><u>มาตรการที่ 1:</u> การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</p> <p><u>มาตรการที่ 2:</u> พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p> <p><u>มาตรการที่ 3:</u> พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)</p> <p><u>มาตรการที่ 4:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p> <p><u>มาตรการที่ 5:</u> ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)</p>						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>มาตรการขับเคลื่อน</th><th>แนวทางการดำเนินงาน</th><th>เป้าหมาย</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)</td><td> <p>1.1 พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT</p> <p>1.2 จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p> </td><td> <p>1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป</p> <p>1.2 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*</p> </td></tr> </tbody> </table>	มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	<p>1.1 พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT</p> <p>1.2 จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p>	<p>1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป</p> <p>1.2 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*</p>
มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย					
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	<p>1.1 พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT</p> <p>1.2 จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p>	<p>1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป</p> <p>1.2 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*</p>					

			<p>*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานปี 2561 :</p> <p>ไตรมาส 1 ร้อยละ 100 ไตรมาส 3 ร้อยละ 100</p> <p>1.3 พัฒนาประสิทธิภาพ ของระบบการจัดสรร เงินให้กับหน่วยบริการ มีรายได้เพียงพอ กับ ค่าใช้จ่าย</p> <p>1.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุน และค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัด จำหน่าย) โดยประเมิน จากแผนประมาณการ รายได้และควบคุม ค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ ดำเนินการส่งและผ่าน การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานปี 2561</p> <p><u>รอบที่ 1</u> วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93</p> <p><u>รอบที่ 2</u> วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	มาตรการ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)	2.1 พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 2.2 นำเสน建議การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล 2.3 พัฒนารับ – จ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ)	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ที่การตรวจสอบงบทดลองเป็นต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 2.2 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 2.3 ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1 พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลัง แก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ. รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.	3.1 ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.

		<p>3.2 พัฒนาศักยภาพบริหาร ด้านการเงินการคลัง แก่ผู้ดำรงตำแหน่ง^{บริหาร (นพ.สสจ./ ผอ. รพ.)}</p> <p>3.3 พัฒนาศักยภาพบริหาร ด้านการเงินการคลัง แก่ CFO ระดับเขต และจังหวัด</p> <p>3.4 พัฒนาศักยภาพบริหาร ด้านการเงินการคลัง แก่เครือข่ายและ บุคลากรด้านการเงิน การคลัง</p> <p>3.5 พัฒนาศักยภาพผู้ ตรวจสอบภายใน ตาม มาตรฐาน CGIA</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : รายงาน การประเมินผลการ ฝึกอบรม</p> <p>3.2 ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) <u>ตาม กลุ่มเป้าหมาย</u> ได้รับการ พัฒนาศักยภาพด้าน^{การเงินการคลัง} ค่าเป้าหมาย : รายงาน</p> <p>3.3 CFO ระดับเขตและระดับ จังหวัด ได้รับการพัฒนา ศักยภาพด้านการเงินการ คลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : รายงาน การประเมินผลการ ฝึกอบรม</p> <p>3.4 เครือข่ายและบุคลากร ด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงาน การประเมินผลการ ฝึกอบรม</p> <p>3.5 ร้อยละของผู้ตรวจสอบ ภายใน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 80</p>
	<p>มาตรการที่ 4: สร้าง ประสิทธิภาพการบริหาร</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขต สุขภาพบริหารจัดการ</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขต บริหารจัดการและปรับ เกลี่ย</p>

	จัดการ (Efficient Management)	<p>4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (Merging)</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : วิกฤต การเงินระดับ 7 ของ หน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4</p> <p>4.2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2) ให้บริการร่วม (Service merging) 3) ใช้ระบบสนับสนุนร่วม (Support merging) <p>ค่าเป้าหมาย : ประเมินผล ความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
	มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	<p>5.1 ควบคุมกำกับ โดย เปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน</p> <p>5.2 ควบคุมกำกับ โดย เกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)</p>	<p>5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่าร้อยละ 70</p> <p>5.2 ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่าร้อยละ 65</p>

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

		5.5 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความ เพียงพอของการ จัดสรรเงินให้กับหน่วย บริการ	ควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 5.5 มีรายงานผลการ วิเคราะห์ด้านการเงินการ คลัง (Standard Report) ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ ค่าเป้าหมาย : วิกฤต การเงิน ระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทาง การเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองศรเชฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองศรเชฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติ ทางการเงิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วย บริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 2

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 0

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่ เกินร้อยละ 0		
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
หน่วยบริการ สังกัด	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/58</u>	ไตรมาส <u>1/59</u>	ไตรมาส <u>1/60</u>	ไตรมาส <u>1/61</u>
สำนักงาน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ 0
ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่	6.31	8.46	0.91	ไตรมาส	<u>2/61</u>
ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ไตรมาส <u>2/58</u>	ไตรมาส <u>2/59</u>	ไตรมาส <u>2/60</u>	ร้อยละ 0	ไตรมาส <u>3/61</u>
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
	5.76	5.04	0.78		

		ไตรมาส 3/58 ร้อยละ 12.19 ไตรมาส 4/58 ร้อยละ 15.65	ไตรมาส 3/59 ร้อยละ 9.83 ไตรมาส 4/59 ร้อยละ 13.49	ไตรมาส 3/60 ร้อยละ 3.13 ไตรมาส 4/60 ร้อยละ 9.71	ร้อยละ 1.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวัฒน์ชัย จรุญวรรธนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 2. นายวัลลภ คงบก โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 3. นางนิมอนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 4. นางน้ำค้าง บารกุลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : cwatchai@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wallop4444@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร โทรศัพท์มือถือ : E-mail : numkhang_sere@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวอโณทัย ใจปalice กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1576 กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางสาวอโณทัย ใจปalice กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1576 กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	E-mail : meawrnothai@gmail.com		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่ออยอด
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ ด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลยิ่งขึ้น</p> <p>3. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มี การศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่ออยอดจากนวัตกรรมเดิม</p> <p>4. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทาง วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการ วิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุง ผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตาม กระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัด เนพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นมาก่อน แต่เป็น ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิด ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้</p> <p>5. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทาง วิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือ ชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>6. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างโดยย่าง หนึ่งภายในตัวเทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ</p> <p>7. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมี หลักฐานปรากฏชัดเจนแสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จาก</p>

	<p>การศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้</p> <p>7.1 การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ได้แก่ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค หรือเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>7.2 ประโยชน์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการปฏิบัติหรือการนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติ การทางการแพทย์หรือสาธารณสุข</p> <p>7.3 การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ ได้แก่ การให้บริการวิชาการ (การสอน/บรรยาย/ฝึกอบรม/การใช้ตัวร่า) การอ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัย เป็นต้น</p> <p>7.4 การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณสุข ได้แก่ การให้องค์ความรู้แก่สาธารณะในเรื่องต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การแจ้งเตือนภัยสุขภาพ หรือทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น</p> <p>7.5 การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายในระดับต่าง ๆ ได้แก่ นวัตกรรมหรือข้อมูลมีผลหรือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ การประกาศใช้กฎหมาย หรือมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ</p> <p>7.6 การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ได้แก่ การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ การนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจหรือการพาณิชย์ เป็นต้น</p> <p>7.7 การก่อให้เกิดประโยชน์เชิงเศรษฐกิจสาธารณสุข หรือการลดค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลหรือครัวเรือนอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เป็นต้น</p> <p>8. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย

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

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \geq 8$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่น่วยงานอื่นประจำปีงบประมาณ 2562	รายงานผลความก้าวหน้า การถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่น่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2562 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

			การแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง
--	--	--	----------------------------------------------------------------------

ปี 2565 :

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

	<p>2. นางสาวรังคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวรังคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 2. นายจุ่มพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 3. นางสาวชิสา นันทกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th</p>

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จในการพัฒนาภูมายด้านสุขภาพ และมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาภูมายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ ในจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้

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

โดยพิจารณาจากความสำเร็จดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จำนวนไว้ 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน	การดำเนินการ
1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมาย
2	มีการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาภูมาย
3	ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อจัดทำแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาภูมายด้านสุขภาพ
4	สรุปผลการจัดทำแนวทาง เกี่ยวกับพัฒนาภูมาย ด้านสุขภาพ
5	เสนอรายงานผลการจัดแนวทางพัฒนาภูมายด้านสุขภาพต่อหัวหน้าส่วนราชการ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบคลุมองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 80

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 5 ขั้นตอน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

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

	ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารและสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560
3	<p>การบังคับใช้กฎหมาย ตรวจประชาสัมพันธ์ ตรวจดำเนินคดี</p> <p>3.1 ดำเนินการคบใช้กฎหมายของเครือข่ายด้านการตรวจประชาสัมพันธ์เพื่อสำรวจสภาพปัจุหานใน การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ สำรวจลุ่มเป้าหมายที่กฎหมายกำหนด และเป็นสำรวจข้อมูลพื้นฐาน บุคคลผู้กระทำผิด พฤติกรรมในการประทำผิด สถานที่เสี่ยงต่อการกระทำผิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ ตรวจบังคับใช้กฎหมาย กรณีที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายมาตรฐานฯ โดยอย่างน้อยประกอบด้วยกฎหมายจำนวน 1 ฉบับ ในจำนวนกฎหมายดังนี้ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</p> <p>3.2 การดำเนินคดี กลุ่มงานนิติการในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย กรณีที่ได้รับการประสานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินคดี ร้อยละ 80 ของจำนวนคดีที่ลงโทษเบียนรับ</p> <p>(1) <u>คดีที่เป็นการกระทำผิดซึ่งหน้า</u> ร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการประสานกับเจ้าหน้าที่ตรวจ หรือพนักงานฝ่ายปกครอง เพื่อจัดทำบันทึกการจับกุมผู้กระทำผิด ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการร้องทุกข์/กล่าวโทษแก่พนักงานสอบสวน</p> <p>(2) <u>คดีที่มีการร้องเรียนและปรากฏพยานหลักฐานพิจารณาได้ว่ามีผู้กระทำผิด</u> ร่วมกับพนักงาน เจ้าหน้าที่ ดำเนินรวบรวมพยานหลักฐาน เรียกบุคคลผู้กระทำผิด หรือบรรดาเอกสาร หลักฐานที่ เกี่ยวข้องกับคดี จัดทำสำนวนและจัดทำหนังสือกล่าวโทษ/ร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดี ต่อผู้กระทำผิด ติดตามผลคดีจนคดีถึงที่สุด และรายงานคดีต่อผู้บังคับบัญชา</p>
4	มีการสรุปผลการดำเนินงาน และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้รับผิดชอบงาน นิติกรหรือผู้ปฏิบัติ หน้าที่นิติกร พนักงานเจ้าหน้าที่ และเครือข่ายภายในจังหวัด อย่างน้อย 1 ครั้ง หากพบปัญหาสำคัญ ในการดำเนินงานให้มีการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพิ่มเติมเป็นรายกรณีไป
5	มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไข ปัญหาเพื่อพัฒนาการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 (61 แห่ง)				

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดย กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชอาณาจักรบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต		
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A = จำนวนกฎหมายที่ดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน		
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ครบองค์ประกอบ		
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	C = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	(B/C) x 100		
การประเมินผล	1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ กระทรวงสาธารณสุขทำการประเมิน 6 เดือนครึ่ง		
เกณฑ์การประเมิน			
1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ			
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-

ปี 2564 :

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

2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เเดือน	รอบ 6 เเดือน	รอบ 9 เเดือน	รอบ 12 เเดือน													
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน																
วิธีการประเมินผล :	1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ พิจารณาจากผลสำเร็จ ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการครบตามขั้นตอนที่กำหนดได้ 5 ขั้นตอน 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข															
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	-	-	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2558	2559	2560												
-	-	-	-	-												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัชมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรสาร : 02-5901434															
	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th															

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

