

# ยุทธศาสตร์ที่ 1

## พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5ปี)/สตรี	1. อัตราส่วนมารดาตาย รวบรวมแก้ไข
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด 42 วันหลังคลอด ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วัน(จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด)ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div>1. นายแพทย์สรวิทย์ บุญสุข</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4417</div> <div>โทรสาร : 02-590-4427</div> <div>Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</div> </div> <div> <div>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 085-661-3064</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4426</div> <div>โทรสาร : 02-590-4426</div> <div>Email: jin_pattana@yahoo.com</div> <div>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</div> </div>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div>1. นายแพทย์สรวิทย์ บุญสุข</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4417</div> <div>โทรสาร : 02-590-4427</div> <div>Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</div> </div> <div> <div>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 085-661-3064</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4426</div> <div>โทรสาร : 02-590-4426</div> <div>Email: jin_pattana@yahoo.com</div> </div>

ตัวชี้วัด กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5ปี)/สตรี	2. ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย	
คำนิยาม	<p>เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่ได้รับสุ่มสำรวจตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์กรมอนามัยและผ่านทุกข้อ</p> <p>แบบประเมินอนามัย 55 หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย สามารถ download แบบประเมินได้ที่เว็บไซต์โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว <a href="http://www.saiyairakhospital.com">http://www.saiyairakhospital.com</a> สถานบริการฯ ที่สุ่มประเมินเด็ก คือ รพ.สต. , รพท. , รพช. , รพศ. , รพ.สส. สังกัดกรมอนามัยและศูนย์เด็กเล็ก</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด – 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กและศูนย์เด็กเล็กเฉพาะที่เด็กอายุ 9 เดือน, 18 เดือน, 30 เดือนและ 42 เดือนสุ่มในเดือนมีนาคม	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ทุกสถานบริการฯ คีย์ข้อมูลที่ได้ประเมินเด็ก ปีละ 2 ครั้ง)	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /ศูนย์อนามัยที่ 1-12	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติในช่วงเวลาที่กำหนด (สุ่มตรวจครั้งที่ 1 เดือนมีนาคม /สุ่มตรวจครั้งที่ 2 เดือนกันยายน)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ศูนย์อนามัย (เก็บรวบรวมสรุปภาพเขตบริการ)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สรวิชัย บุญสุข โทรศัพทมือถือ : 081-908-1761 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4417 โทรสาร : 02-590-4427 Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ โทรศัพทมือถือ : 085-661-3064 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4426 โทรสาร : 02-590-4426 Email: jin_pattana@yahoo.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์สรวิชัย บุญสุข โทรศัพทมือถือ : 081-908-1761 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4417 โทรสาร : 02-590-4427 Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ โทรศัพทมือถือ : 085-661-3064 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4426 โทรสาร : 02-590-4426 Email: jin_pattana@yahoo.com</p>	

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็ก0-5ปี มีพัฒนาการสมวัย

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> <li>วางแผนเชิงระบบร่วมกัน จังหวัด หน่วยบริการ อำเภอ ตำบล ตามแนวทางตำบลนมแม่ ต้นแบบ“พัฒนาการเด็กแบบองค์รวม”</li> <li>พยาบาล รพศ./รพท.เข้าอบรม หลักสูตรนักส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>พัฒนาระบบ บริการของหน่วยบริการฯและจัด บริการให้ได้มาตรฐานฯ</li> <li>คัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก หากพบเด็กพัฒนาล่าช้าให้การดูแลราย case</li> <li>จัดหน่วยเคลื่อนที่คัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก สนับสนุนรพ.สต.</li> <li>ประชุม MCH. board (1) แก้ไขปัญหาเชิงระบบ</li> <li>นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดประกวดสุขภาพเด็กดี ในวันเด็กแห่งชาติ</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯและส่งผลให้ ศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>จัดหน่วยเคลื่อนที่ คัด กรอง ประเมินพัฒนาการ เด็กสนับสนุน รพ.สต.</li> <li>ประชุม MCH board ติดตามงาน</li> <li>สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาพัน วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>นักพัฒนาการเด็กสำรวจ พัฒนา การเด็ก ด้วย Denver II ครั้งที่1</li> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (1)</li> <li>นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เข้าร่วมสัมมนา .อปท.รวม พลังสร้างเด็กไทยฉลาดและ รับประทานโล่ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพดีเด่น</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯและส่งผลให้ ศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>จัดหน่วยเคลื่อนที่ คัด กรอง ประเมินพัฒนาการ เด็กสนับสนุน รพ.สต.</li> <li>ประชุม MCH board ติดตามงาน</li> <li>สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาพัน วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (2)</li> <li>นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รณรงค์สัปดาห์นมแม่โลก</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯและส่งศูนย์ฯ ประเมิน</li> <li>ดำเนินงานตามแผนฯ ที่ วางไว้</li> <li>ประชุม MCH board ตามงาน</li> <li>นักพัฒนาการเด็กสำรวจ พัฒนา การเด็ก ด้วย Denver II ครั้งที่1</li> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (3)</li> <li>สรุปผลงานและเตรียม ข้อมูลวางแผนปีต่อไป</li> <li>นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>

วิธีการประเมินผล :

- ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยง แก้ไขปัญหาจากจังหวัด อำเภอ ตำบลและทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ
- ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการฯ
- ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ
- สอบถาม ดู Flow chart ระบบการคัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก และเด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลราย Case
- รายงานการอบรมพยาบาลคลินิกพัฒนาการเด็กที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะและการแก้ไขพัฒนาการ
- รายงานการประชุม MCH.board

**เอกสารสนับสนุน :**

1. คู่มือคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
2. คู่มือวิทยากรโรงเรียน พ่อ แม่
3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
4. โปรแกรมประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
5. ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก
6. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก การดูแลเด็กสุขภาพดี
7. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
8. วิทยากรระดับส่วนกลางและระดับเขตในการอบรมพัฒนาการ

ตัวชี้วัด กลุ่มเด็กวัยเรียน(5-14ปี)	3.ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน
คำนิยาม	<p>1. เด็กนักเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 12 ปีเต็ม</p> <p><b>ภาวะอ้วน</b> หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่สูงส่วนสูงเดียวกันอ่านผลได้ที่จุดเริ่มอ้วนและอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ + 2 S.D.ขึ้นไป) จากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย</p> <p>2. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ หมายถึง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการประเมินรับรองเป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร</p> <p>3. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับที่นักเรียนมีภาวะอ้วนมากกว่า ร้อยละ 10 ต้องมีการจัดการด้านอาหาร โภชนาการ และการออกกำลังกาย ที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์เดิมร้อยละ 70 ในองค์ประกอบที่ 7 หมายถึง</p> <p>3.1 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับทอง ปี 2556 ร้อยละ 62.78 หรือ 22,126 โรงเรียน (จากโรงเรียนทั้งหมดทั่วประเทศ 35,242 แห่ง) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 15,488 โรงเรียน</p> <p>3.2 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับเงิน 2556 ร้อยละ 17.30 หรือ 6,096 โรงเรียน (จากโรงเรียนทั้งหมดทั่วประเทศ 35,242 แห่ง) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 4,267 โรงเรียน</p> <p>3.3 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับทองแดงปี 2556 ร้อยละ 12.82 หรือ 4,518 โรงเรียน (จากโรงเรียนทั้งหมดทั่วประเทศ 35,242 แห่ง) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 3,163 โรงเรียน</p> <p>4. องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย หมายถึง</p> <p>4.1 นักเรียนทุกระดับชั้นได้รับการชั่งน้ำหนักส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง</p> <p>4.2 นักเรียนที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน และอ้วน ได้รับการแก้ไข โดยปรับพฤติกรรม 2 ด้าน คือ กินอาหารหวาน มัน เค็ม ลดลง และกินผัก 4 ช้อนกินข้าว, ผลไม้ 8 ชิ้นคำ ในมื้อกลางวันเพิ่มขึ้น และจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น</p> <p>4.3 โรงเรียนจัดกิจกรรมอื่น ๆ ที่ควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน เช่น จัดกิจกรรมค่ายลดอ้วน รมรงค์ในวันสำคัญ จัดป้ายนิเทศ เสียงตามสาย ฯลฯ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ภายในปี 2560 ไม่เกินร้อยละ 15</p> <p>(ภาวะอ้วนลดลง ร้อยละ 0.5 ต่อปี เมื่อเทียบกับสถานการณ์เดิมของโรงเรียน)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-12 ปีในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกสังกัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ครูอนามัย/ครูโภชนาการ/ครูประจำชั้น/ครูที่ได้รับมอบหมาย ในโรงเรียนทุกสังกัด (สพฐ. สข. กทม. อบท.) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการนักเรียนอายุ 6– 12 ปี ทุกคน โดยดำเนินการปีละ 2 ครั้ง (ภาคเรียนที่ 1 และภาค

	<p>เรียนที่ 2) พร้อมทั้งตรวจสอบ ความถูกต้องของการประเมินภาวะโภชนาการ และ ความครบถ้วนของข้อมูล</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / รพ.สต.ที่รับผิดชอบโรงเรียนในพื้นที่ รวบรวม ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และบันทึกข้อมูลใน โปรแกรมของสถาน บริการ โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย.,ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 และช่วงเดือน ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค. ในภาคเรียนที่ 2 เพื่อส่ง สนย.เข้าระบบ 43 แพ้ม</p> <p>3. สนย.วิเคราะห์ ประมวลผล และสรุปผลการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมิน ภาวะอ้วนของนักเรียน ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนกรกฎาคม และครั้งที่ 2 เดือน ธันวาคม</p> <p><b>โดยมาตรฐานการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง มีดังนี้</b></p> <p>ครูอนามัยครูโภชนาการ/ครูประจำชั้นครูที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบคุณภาพ เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง และวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้ได้มาตรฐานทุก ครั้ง</p> <p><u>การชั่งน้ำหนัก</u></p> <p>1. เครื่องชั่งน้ำหนัก : มีสภาพดีพร้อมใช้งาน ก่อนชั่งน้ำหนักทุกครั้งให้ตรวจสอบ ตัวเลขหรือเข็มของเครื่องชั่งควรอยู่ในตำแหน่งเลข 0 เสมอ ตรวจสอบความเที่ยง ของเครื่องชั่งเป็นระยะ โดยการใช้ตุ้มน้ำหนักมาตรฐาน 1 หรือ 5 กิโลกรัม</p> <p>2. นักเรียน : ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ในกระเป๋าเสื้อ/ กระโปรง/ กางเกง ของ นักเรียนต้องไม่มีสิ่งของ/เครื่องใช้ที่เพิ่มน้ำหนัก เช่น โทรศัพท์มือถือ กุญแจ ของเล่น เศษเหรียญ ฯลฯ ไม่สวมเสื้อกันหนาวที่หนา ๆ และรองเท้า ลักษณะการยืนชั่ง น้ำหนักต้องให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างอยู่ในตำแหน่งที่พอดีกับเครื่องชั่ง</p> <p>3. การอ่านค่าน้ำหนักให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.2 กิโลกรัม</p> <p><u>การวัดส่วนสูง:</u></p> <p>1. ที่วัดส่วนสูง: มีสภาพดีพร้อมใช้งาน จัดตั้งบนพื้นเรียบ ไม่น่าได้มาตรฐานตัวเลขต้อง ชัดเจน</p> <p>2. นักเรียน : ต้องไม่สวมรองเท้า ยืนตัวตรง - สันเท้า- หลัง- ก้น- ไหล่ และ ศีรษะ แนบกับที่วัดส่วนสูง เขาไม่งอ ไหล่ไม่งุ้ม ควรนำเครื่องประดับที่ติดบนศีรษะของ นักเรียนหญิงทุกชิ้นออกก่อนวัดส่วนสูง เช่น ที่คาดผม โบว์ผูกผม หรือการมัดผมที่สูง ๆ ต้องแกะหนังยางออก ฯลฯ</p> <p>3. การอ่านค่าให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 120.5 เซนติเมตร</p> <p>4. สสจ/รพ.สต. ให้คำแนะนำโรงเรียนเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ วิธีการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูงให้ได้มาตรฐานเดียวกัน</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล 43 แพ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.)</p> <p><b>การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</b></p> <p>1. เพื่อทราบสถานการณ์ภาวะอ้วนของนักเรียนอายุ 6-12 ปี ระดับประเทศ</p>

	2. เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนอายุ 6 – 12 ปี ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีภาวะอ้วน (เริ่มอ้วน + อ้วน)
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ซั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (เดือนกรกฎาคม และธันวาคม) วิเคราะห์และสรุปผล โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการนำเข้าสู่ข้อมูล 3 เดือน (พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.) ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการนำเข้าสู่ข้อมูล 3 เดือน ( ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค.)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน	นางสาวศิริบงกช ดาวดวง โทรศัพท์มือถือ : 081-611-5020 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4334 โทรสาร : 02-590-4339 E-mail : siribongkot.d@anamai.mail.go.th กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศิริบงกช ดาวดวง โทรศัพท์มือถือ : 081-611-5020 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4334 โทรสาร : 02-590-4339 E-mail : siribongkot.d@anamai.mail.go.th กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 15)

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	รอบ 15 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-2	ชั้นตอนที่ 3-7	ชั้นตอนที่ 8(8.1), 9	ชั้นตอนที่ 9	ชั้นตอนที่ 8(8.2)

**วิธีการประเมินผล :**

ชั้นตอนที่ 1. จัดตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนระดับเขตและจังหวัด

ชั้นตอนที่ 2. จัดทำแผนควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนระดับเขตและจังหวัด

ชั้นตอนที่ 3. จัดทำข้อเสนอนโยบายสาธารณะระดับเขต จังหวัด และท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนเป็นนโยบายสาธารณะในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน

ชั้นตอนที่ 4. จังหวัดคัดกรองนักเรียนอ้วนและนักเรียนอ้วนที่มีโรคประจำตัว ส่งต่อใน รพ.สต.(คลินิกDPAC)หรือสถานบริการสาธารณสุข

ชั้นตอนที่ 5. จังหวัดมีการสนับสนุนคู่มือการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนให้กับโรงเรียนเป้าหมาย

ชั้นตอนที่ 6. จังหวัดมีรายงานการถ่ายทอดความรู้และทักษะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงเรียน ด้านการจัดการอาหารโภชนาการ และการออกกำลังกาย เพื่อลดภาวะอ้วน

ชั้นตอนที่ 7. จังหวัดมีรายงานจำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ(ทองแดง เงิน ทอง เพชร) ที่ผ่านองค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย และองค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ

ชั้นตอนที่ 8. ระบบติดตามและรายงานผลแผนรณรงค์ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนระดับจังหวัด และเครือข่ายบริการ

8.1 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง สนย.ในเดือนกรกฎาคม

8.2 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค. ในภาคเรียนที่ 2 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง สนย.ในเดือนธันวาคม

ชั้นตอนที่ 9. จังหวัดมีรายงานการจัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน

**หมายเหตุ :** การชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน จะเริ่มต้นในภาคเรียนที่ 1 ช่วงระหว่างเดือน พ.ค. - มิ.ย. และภาคเรียนที่ 2 ช่วงระหว่างเดือน ต.ค.- พ.ย. จึงมีความจำเป็นจะต้องเพิ่มการตรวจประเมินเป็นรอบ 15 เดือน ในชั้นตอนที่ 7 (7.2) เนื่องจากปีงบประมาณและปีการศึกษา ระยะเวลาไม่ตรงกับไตรมาสของการตรวจประเมิน ซึ่งการประเมินสถานการณ์ภาวะอ้วนมีแนวโน้มลดลงหรือไม่ ในระดับจังหวัดจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้ง 2 ภาคเรียนเปรียบเทียบ

**เอกสารสนับสนุน:**

1. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน
2. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน
3. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส
4. คู่มือพ่อแม่ “จ้ำม่ำน่ารัก...ลูกรักอันตราย”
5. หนังสือการตุนกินพอดีไม่มีอ้วน
6. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน
7. ชุดนิทรรศการกินพอดีไม่มีอ้วน
8. ชุดนิทรรศการวัยใสรูปร่างสวย



ตัวชี้วัด กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14ปี)	4. เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญาเฉลี่ย	
คำนิยาม	<p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยอายุ 6-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 และมัธยมปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</b> หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันที่ค่าคะแนน = 100</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยอายุ 6-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 และมัธยมปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยปี 2559	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยปี 2559	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่มีความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจในปี 2559	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปี 2559	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวนิดา ชนินทุทวงศ์ โทรศัพท์สำนักงาน 02-248-8914 E-mail : vnidata@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ 081 347 2204 โทรสาร 02-0640-2034 สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางนิรมัย คุ่มรักษา โทรศัพท์สำนักงาน 02-248-8909 E-mail : nkumraksa@yahoo.com	โทรศัพท์มือถือ 089 482 6944 โทรสาร 02-248-2944 สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด : เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญาเฉลี่ย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1-3	4-6	7	8

วิธีการประเมิน :

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา รพช.ให้มีระบบการเฝ้าระวังปัญหา IQ/EQ ในเด็กวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดพื้นที่ รพช. เป้าหมาย ร้อยละ 30 ของ รพช.ในจังหวัด

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดโรงเรียนเป้าหมาย โดย รพช. เลือกโรงเรียนอย่างน้อย 1 โรงเรียน และเลือกชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1 ห้องเรียนเพื่อเป็นต้นแบบพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหา IQ/EQ ในเด็กวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 4 สถาบัน/รพ.จิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเครือข่ายบริการ เป็นพี่เลี้ยงในการจัดทำแผนเพื่อจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังปัญหา IQ/EQ ในเด็กวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 5 สนับสนุนการดำเนินการตามแผนฯ มีการคัดกรอง IQ/EQ โดยใช้แบบประเมิน

- แบบคัดกรองสำหรับปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการเรียน ที่พื้นที่/โรงเรียนใช้คัดกรอง เช่นแบบคัดกรอง KUS-SI แบบคัดกรองเด็กพิเศษของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และแบบสังเกตพฤติกรรมและปัญหาการเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ หรือแบบคัดกรองอื่นๆที่สามารถคัดกรองและค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงใน 4 กลุ่มโรคต่อไปนี้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น โรคแอลดี กลุ่มอาการออทิสติก และเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์

- แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำรายงานข้อมูลสรุปผลการคัดกรองนักเรียน

ขั้นตอนที่ 7 สถาบัน/รพ.จิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต หน่วยบริการจิตเวชเด็ก และศูนย์สุขภาพจิต ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเครือข่ายบริการ เป็นพี่เลี้ยง กำกับ ติดตาม การดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบ

- โรงเรียนดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา IQ/EQ

- โรงเรียนส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาและเกินความสามารถของโรงเรียนที่จะดูแลได้ให้กับ **รพช**ดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 8 ร้อยละ 30 ของ รพช. ในจังหวัด มีระบบเฝ้าระวัง IQ/EQ

ขั้นตอนที่ 9 ร้อยละ 70 ของเด็กวัยเรียนที่มีปัญหา IQ/EQ ได้รับการดูแล

เอกสารสนับสนุน :

1. แบบสังเกตพฤติกรรมและปัญหาการเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
2. แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน
3. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์

<b>ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กวัยรุ่น/ นักศึกษา (15-21ปี)</b>	<b>5. อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี</b>
<b>คำนิยาม</b>	จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดมีชีพในช่วงปีที่ทำการเก็บข้อมูล
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดในทะเบียนราษฎร (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ ประเมินผล (จังหวัดไม่ต้องรายงาน)
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูลกลางปีทะเบียนราษฎร (การเกิด) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	(A/B) X 1,000
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ 1 ครั้ง (มกราคม-ธันวาคม) ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายสมสุข โสภวานิตย์                      โทรศัพท์มือถือ : 089-204-8295 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4166          โทรสาร : 02-590-4163 Email : somasuk.s@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นายสมสุข โสภวานิตย์                      โทรศัพท์มือถือ : 089-204-8295 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4166          โทรสาร : 02-590-4163 Email : somasuk.s@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

เป้าหมายระดับประเทศ

ระดับผลการดำเนินการ	ค่าเป้าหมาย 2557(อัตราต่อ 1,000 ประชากร)
A (5.00)	< 45
B (4.00)	45-49
C (3.00)	50-54
D (2.00)	55-59
E (1.00)	≥ 60

เป้าหมายระดับจังหวัด

ระดับผลการดำเนินการ	ค่าเป้าหมาย 2557(อัตราต่อ 1,000 ประชากร)
A (5.00)	อัตราการคลอดปี 2556 ลดลงมากกว่า 5.0 ขึ้นไป
B (4.00)	อัตราการคลอดปี 2556 ลดลง 2.6-5.0
C (3.00)	อัตราการคลอดปี 2556 $\pm$ 2.5
D (2.00)	อัตราการคลอดปี 2556 เพิ่มขึ้น 2.6-5.0
E (1.00)	อัตราการคลอดปี 2556 เพิ่มขึ้นมากกว่า 5.0 ขึ้นไป

ค่าเป้าหมายในการติดตามผลการดำเนินงาน

คำจำกัดความดัชนีตัวชี้วัด : ร้อยละของการคลอดโดยแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อจำนวนการคลอดทั้งหมด					
ความถี่	ทุก 3 เดือน	หน่วย	ร้อยละ	การตีความ	ต่ำดี
ค่าปัจจุบัน	ค่าเป้าหมาย	Q1:	Q2:	Q3:	Q4:
Performance Values  (ผลงาน)	Exceeds Range	A	A	A	A
	Target Range	B, C	B, C	B, C	B, C
	Unacceptable range	D, E	D, E	D, E	D, E

ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กวัยรุ่น/ นักศึกษา (15-21ปี)	6. ความชุกผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 - 19 ปี
คำนิยาม	ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 13
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 - 19 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2557
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุ 15 - 19 ปี ในพื้นที่
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 15 - 19 ปีทั้งหมดในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 ปี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สมาน พุตระกูล โทรศัพท์สำนักงาน : 02-591-9315      โทรศัพท์มือถือ : 081-792-0202 โทรสาร : 02-590-3035 E-mail : smarnf21@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค</p> <p>2. นางสาวสิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3373      โทรศัพท์มือถือ : 089-990-9490 โทรสาร : 02-590-3373 E-mail : vsirikul@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางสาวสิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3373      โทรศัพท์มือถือ : 089-990-9490 โทรสาร : 02-590-3373 E-mail : vsirikul@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค</p>

ตัวชี้วัดระดับกระทรวง : ความสุขของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี  
(ไม่เกินร้อยละ 13)  
ตัวชี้วัดระดับจังหวัด : ความสุขของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี ของจังหวัดลดลง  
ร้อยละ 2 จากข้อมูลความสุขของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดปี 2554 ในปี 2557

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 การจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ทุก 3 เดือน  
โดยเนื้อหาการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย  
1) สถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่  
2) ผลการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ เช่น การเฝ้าระวัง การตรวจ การจับกุม  
การเปรียบเทียบปรับ และการดำเนินคดี  
3) ปัญหาเร่งด่วนเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องดำเนินการ เช่น อุบัติเหตุจากรถ  
อาชญากรรมอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
4) มาตรการที่ต้องเร่งดำเนินการ และแผนการดำเนินงาน  
5) มาตรการที่ต้องดำเนินการในระยะยาว  
6) มาตรการสะท้อนกลับมายังกระทรวงสาธารณสุข และปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแนวทาง/แผนงาน การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

ขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการดำเนินการตามกิจกรรม  
ดังต่อไปนี้

กิจกรรม	วิธีการรายงาน	ความถี่
1. ผลักดันให้มีการมีการดำเนินการตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ท้องถิ่น ภาคประชาชน - เฝ้าระวังทางสื่อ - ออกตรวจเตือนประชาสัมพันธ์ในช่วงเทศกาลและวันสำคัญทางศาสนาหรือตามแผนออกตรวจประจำเดือน	ผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด เช่น - จำนวนการเฝ้าระวัง ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ - จำนวนการโฆษณาหรือส่งเสริมการขายอันเป็นการชักจูงใจให้ซื้อเพื่อบริโภค 1. รายงานผ่าน Website : <a href="http://www.thaiantialcohol.com">http://www.thaiantialcohol.com</a> (อยู่ระหว่างดำเนินการ) สามารถเริ่มรายงานได้ไตรมาส 2 2. รายงานส่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สคร. 3. E mail : alcoholplan@gmail.com	ทุกไตรมาส

2. การประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง (4 ครั้ง/ปี)	- รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด - แนวทาง/แผนงาน ดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ทุกไตรมาส
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้สถานศึกษาเข้าร่วมโครงการจัดระเบียบร้าน (เหล้า) รอบสถานศึกษา	- จำนวนสถานศึกษาที่เข้าร่วมโครงการจัดระเบียบร้าน (เหล้า) รอบสถานศึกษา - จำนวนกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายเยาวชน - จำนวนงานเทศกาล หรือประเพณีปลอดเหล้า	
4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนในการเฝ้าระวัง ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.รายงานส่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สคร. 2. E mail : <a href="mailto:alcoholplan@gmail.com">alcoholplan@gmail.com</a>	
5. ผลักดัน ส่งเสริม สนับสนุน ชุมชนในการกำหนดพื้นที่หรือเงื่อนไขการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติม เช่น งานเทศกาล หรืองานประเพณีปลอดเหล้า		
เอกสารสนับสนุน :		
<div>1. คู่มือปฏิบัติงานการดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑</div> <div>2. แนวทางการเปรียบเทียบปรับ และเงินสินบนรางวัล</div> <div>3. สื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</div>		



ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-19 ปี ปี 2554  
และค่าเป้าหมายในปี 2557 แยกรายจังหวัด

เครือข่ายบริการ	จังหวัด	ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-19 ปี ปี 2554	ค่าเป้าหมายในปี 2557
1	เชียงใหม่	18.5	16.5
	เชียงราย	19.6	17.6
	น่าน	23.9	21.9
	พะเยา	30.4	28.4
	แพร่	25.7	23.7
	แม่ฮ่องสอน	18.8	16.8
	ลำปาง	17.5	15.5
	ลำพูน	16.5	14.5
2	พิษณุโลก	17.6	15.6
	เพชรบูรณ์	15.1	13.1
	อุตรดิตถ์	9.8	7.8
	สุโขทัย	30	28.0
	ตาก	14	12.0
3	นครสวรรค์	8.4	6.4
	อุทัยธานี	4.8	2.8
	กำแพงเพชร	19.6	17.6
	พิจิตร	11.4	9.4
	ชัยนาท	10.4	8.4
4	นนทบุรี	9.4	7.4
	ปทุมธานี	4.8	2.8
	อยุธยา	5.8	3.8
	ลพบุรี	13.6	11.6
	สิงห์บุรี	8	6.0
	อ่างทอง	10.1	8.1
	นครนายก	6	4.0
	สระบุรี	12.4	10.4

เครือข่าย บริการ	จังหวัด	ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อายุ 15-19 ปี ปี 2554	ค่าเป้าหมายในปี 2557
5	ราชบุรี	5.3	3.3
	นครปฐม	9.9	7.9
	กาญจนบุรี	10.2	8.2
	สุพรรณบุรี	5	3.0
	เพชรบุรี	2.5	0.5
	ประจวบคีรีขันธ์	10.5	8.5
	สมุทรสาคร	10.7	8.7
	สมุทรสงคราม	3.2	1.2
6	ชลบุรี	6.5	4.5
	จันทบุรี	7.7	5.7
	ระยอง	12.7	10.7
	ตราด	10	8.0
	ฉะเชิงเทรา	6.5	4.5
	ปราจีนบุรี	16.8	14.8
	สระแก้ว	13.7	11.7
	สมุทรปราการ	9.0	7.0
7	ขอนแก่น	22.9	20.9
	มหาสารคาม	24.1	22.1
	ร้อยเอ็ด	18.5	16.5
	กาฬสินธุ์	14.9	12.9
8	เลย	25.8	23.8
	หนองคาย	13.5	11.5
	หนองบัวลำพู	23.5	21.5
	อุดรธานี	23.4	21.4
	นครพนม	17	15.0
	สกลนคร	19.6	17.6
9	นครราชสีมา	17.7	15.7
	ชัยภูมิ	14	12.0
	บุรีรัมย์	13.4	11.4

เครือข่าย บริการ	จังหวัด	ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อายุ 15-19 ปี ปี 2554	ค่าเป้าหมายในปี 2557
	สุรินทร์	15.3	13.3
10	อุบลราชธานี	16.5	14.5
	มุกดาหาร	10.8	8.8
	อำนาจเจริญ	19	17.0
	ศรีสะเกษ	25.1	23.1
	ยโสธร	19.2	17.2
11	นครศรีธรรมราช	10.2	8.2
	สุราษฎร์ธานี	12.2	10.2
	ชุมพร	15	13.0
	ระนอง	12.7	10.7
	พังงา	4.7	2.7
	ภูเก็ต	5.6	3.6
	กระบี่	4.6	2.6
12	สงขลา	7.1	5.1
	พัทลุง	10.5	8.5
	สตูล	2.3	0.3
	ตรัง	11.3	9.3
	ปัตตานี	0.2	0.0
	ยะลา	2.5	0.5
	นราธิวาส	1.7	0.0
	กรุงเทพมหานคร	9.3	7.3

ตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (15-59ปี)	7. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน																				
คำนิยาม	<p><b>อุบัติเหตุทางถนน</b> (รหัส ICD-10-TM = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p><b>ผู้เสียชีวิต</b> หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งรพ. ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม และเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ ทั้งนี้ให้นับข้อมูล รวมทุกกลุ่มอายุ</p> <p><b>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน</b> (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 3 ปี (ปี 2554-2556) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 7 ปี เท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ภายใน 7 ปี ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นตัวตั้งต้น จนถึงปีท้ายๆ สถิติการตายจะลดลงอย่างช้าๆ ถ้าไม่มีมาตรการใหม่ๆ มาจัดการปัญหา รายละเอียดเป้าหมายดังตาราง</p> <table><tr><td>ปี54</td><td>ปี55</td><td>ปี56</td><td>ปี57</td><td>ปี58</td><td>ปี59</td><td>ปี60</td><td>ปี61</td><td>ปี62</td><td>ปี63</td></tr><tr><td>22</td><td>22</td><td>ไม่ทราบ</td><td>20</td><td>18</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr></table>	ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63	22	22	ไม่ทราบ	20	18	16	14	13	12	11
ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63												
22	22	ไม่ทราบ	20	18	16	14	13	12	11												
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)																				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89) ปี 2557																				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี 2557																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100,000																				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div><div>1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3967 โทรสาร : 02-590-3968 E-mail : nuchtt@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ</div><div>โทรศัพท์มือถือ : 089-788-3020    กรมควบคุมโรค</div><div>2. นพ.ไพฑูรย์ สิงห์คำ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3967 โทรสาร : 02-590-3968 E-mail : zalenxxx@gmail.com</div><div>โทรศัพท์มือถือ : 089-799-0825</div></div>																				

	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ</p> <p>3. นายขจรศักดิ์ จันทร์พานิชย์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3967</p> <p>E-mail : khajohn_j@hotmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-672-4678</p> <p>โทรสาร : 02-590-3968</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางนงนุช ตันติธรรม</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3967</p> <p>E-mail : nuchtt@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ</p> <p>2. นายขจรศักดิ์ จันทร์พานิชย์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3967</p> <p>E-mail : khajohn_j@hotmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 089-788-3020</p> <p>โทรสาร : 02-590-3968</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-672-4678</p> <p>โทรสาร : 02-590-3968</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>

ตัวชี้วัด : อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดระดับจังหวัด : จำนวนตายจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 7 ของปี 2554

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อจัดทำสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด และลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 สนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งระดับอำเภอและจังหวัดใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุทางถนน

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนองค์ความรู้ให้กับหน่วยงานเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 นิเทศ ติดตามการดำเนินงานของอำเภอที่อยู่ในความรับผิดชอบและรายงานผล

ขั้นตอนที่ 5 จำนวนตายจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 7 (เอกสารแนบจำนวนตายรายจังหวัดคิดเป็นปีงบประมาณ 1 ตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557)

เอกสารสนับสนุน :

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ปี25543-2555 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ
2. สื่อเผยแพร่ แผ่นพับ fact sheet ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุบัติเหตุทางถนน
3. ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website
  - ของสำนักโรคไม่ติดต่อ <http://www.thaincd.com/information-statistic/injured-data.php>
  - ของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน  
<http://www.roadssafetythai.org/taxonomy/term/36>
  - ของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน  
<http://www.roadssafetythailand.com/main/index.php>

ตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	8. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
คำนิยาม	อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงเวลาเดียวกันต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น (รหัส ICD-10-TM = I20-I25)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (การตายจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) (นับรวมทุกกลุ่มวัย)
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามรหัส I20-I25
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์เกรียงไกร เสงี่ยมิ โทรศัพทมือถือ : 081-348-4236 โทรศัพทสำนักงาน : 02-580-6604 ต่อ 7201-7202 โทรสาร : 02-591-9972 E-mail address : kk_hm2000@yahoo.com 2. แพทย์หญิงสุวรรณี ตั้งวีระพรพงศ์ โทรศัพทมือถือ : 089-945-0015 โทรศัพทสำนักงาน : 02-591-8368 โทรสาร : 02-591-9972 E-mail address : suwunne@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์กานูวัฒน์ ปานเกตุ โทรศัพทมือถือ : 081-801-8896 โทรศัพทสำนักงาน : 02-5903981 โทรสาร : 02-951-0363 E-mail : panuwatpanket@ddc.moph.go.th 2. นางกนกพร แจ่มสมบุรณ์ โทรศัพทมือถือ : 089-813-1937 โทรศัพทสำนักงาน : 02-591-9999 ต่อ 7521 โทรสาร : 02-591-9794 E-mail : j_kanokpon@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดที่ : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน)

#### เกณฑ์การประเมินผล

รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน	1-2	3-5	3-5	3-5

#### วิธีการประเมินผล

##### ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์โรค บ่งชี้ความเสี่ยง การดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นตอนที่ 2 แผนงาน/แผนปฏิบัติการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจระดับจังหวัด ครอบคลุม 4 มาตรการหลัก

2.1 สื่อสารเตือนภัยสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรทั่วไปและชุมชน

- 3อ 2ส เน้นลดบริโภคอาหารที่เกลือและไขมันสูง เพิ่มผัก หุ่นทุเรียน
- สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ในหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน สถานประกอบการ สถานที่ทำงาน

2.2 ให้บริการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบุคคล ได้แก่ คลินิก DPAC คลินิกอดบุหรี่ คลินิกคลายเครียด เป็นต้น

2.3 ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD

- รู้อาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง
- ปรับพฤติกรรมและยาที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหรือควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด ความดันโลหิตได้

2.4 พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ได้แก่

- คลินิก NCD คุณภาพ
- STEMI fast track
- รพ.ระดับ M2-F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มากกว่าร้อยละ 70
- รพ. A,S,M1,M2,F1,F2 สามารถให้การขยายหลอดเลือด (ยาละลายลิ่มเลือด /PCI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้
- ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการฟื้นฟูหัวใจ ตามมาตรฐาน Cardiac Rehabilitation เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (secondary prevention)

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงานแบบสะสม

- ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
- ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- ผู้ป่วย DM,HT ได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- ผู้ป่วย DM,HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- ผู้ป่วย DM,HT ปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ



- ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจ (ยาละลายลิ่มเลือด /PCI) มากกว่าร้อยละ 50
- ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจ (ยาละลายลิ่มเลือด/PCI) มากกว่าร้อยละ 70
- อัตราตายในโรงพยาบาลจาก STEMI น้อยกว่า ร้อยละ 10
- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ น้อยกว่า 23 ต่อแสนประชากร

#### เอกสารสนับสนุน

1. แผนงานลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2557 โดยกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย
2. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันฉบับปรับปรุง)
3. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ “10,000 ดวงใจ ปลอดภัยด้วยพระบารมี” 2556 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
4. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดเชื้อในประเทศไทยปีพ.ศ.2552
5. แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ ในสถานบริการและในชุมชน 2552 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ	9. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
คำนิยาม	การตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยในที่ถึงแก่ความตาย และได้รับการวินิจฉัยว่าตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงประชาชนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เกิดป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) รหัส I60 - I69
เกณฑ์เป้าหมาย	-ปี2557ไม่เกิน 190 ต่อประชากรแสนคน -ปี2558ไม่เกิน 185 ต่อประชากรแสนคน -ปี2559ไม่เกิน 180 ต่อประชากรแสนคน -ปี2560ไม่เกิน 175 ต่อประชากรแสนคน -ปี2561ไม่เกิน 170 ต่อประชากรแสนคน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลักคือโรคหลอดเลือดสมอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองตามรหัส I60-I69 อายุ 60 ปีขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกันอายุ 60 ปีขึ้นไป
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานทาง –email หรือส่งข้อมูลผ่าน สสจ.ทุก 3 เดือน ประเมินปีละ 2 ครั้ง
ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย ไทฉนบุดร มือถือ 086-3979637 โทรศัพท์ 02-306-9899ต่อ 1138 โทรสาร 02-306-9899 E-mail : s_towanabut@yahoo.com นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล มือถือ 081-8434502 โทรศัพท์ 02-306-9899ต่อ 2408 โทรสาร 02-306-9899 e-mail : suchathanc@yahoo.com แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ 02-306-9899ต่อ 2245 โทรสาร 02-306-9899 มือถือ 081-8213382 e-mail : neeneetanti@gmail.com
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศิริลักษณ์ แซ่บ่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 02-306-9899ต่อ 2176 โทรสาร 02-306-9899 มือถือ 089-0266925 e-mail : ssirilak@hotmail.com

ตัวชี้วัด : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ				
เกณฑ์การประเมิน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-7	ขั้นตอนที่ 1-10	ขั้นตอนที่ 1-13
<b>วิธีการประเมิน</b> ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน /ภายนอกจังหวัด ขั้นตอนที่ 4 จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล ขั้นตอนที่ 5 ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง stroke awareness / alert ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service) ขั้นตอนที่ 7 จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke (guide lines and care-map) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ขั้นตอนที่ 8 จัดตั้ง Stroke fast track/ Stroke unit ในโรงพยาบาลเป้าหมาย (ตาม stroke service ของ กระทรวงฯ) ขั้นตอนที่ 9 จัดทำแนวทางส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร ขั้นตอนที่ 10 ร่วมเป็นเครือข่ายการส่งต่อ และเครือข่ายวิชาการ ขั้นตอนที่ 11 จัดเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญ ขั้นตอนที่ 12 เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญกับโรงพยาบาลในเครือข่าย ขั้นตอนที่ 13 ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน				
<b>เอกสารสนับสนุน</b>				
1. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน 2. แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรคหลอดเลือดสมอง 3. แนวทางการจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง 4. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน				

ตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) และผู้พิการ	10. คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการบริการครบถ้วน
คำนิยาม	คนพิการขาขาด หมายถึง คนพิการที่ขาถูกตัดหรือไม่มีตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมา บริการครบถ้วน หมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมเรื่องอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการได้แก่ ขาเทียม รถนั่งคนพิการ หรืออุปกรณ์ช่วยการเดิน ตามความเหมาะสมของคนพิการแต่ละราย
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คนพิการขาขาดที่เป็นคนไทยทั้งหมดในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนั้น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ให้ สสจ. สำรวจข้อมูลคนพิการขาขาดในจังหวัดให้แล้วเสร็จในไตรมาส 1 โดย อสม 2. สสจ. พัฒนาระบบประสาน ส่งต่อคนพิการที่ยังไม่ได้อุปกรณ์ไปรับบริการ 3. สสจ. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ติดตามและ รายงานผล
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคนพิการขาขาดที่ได้รับการบริการ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคนพิการขาขาดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	ปี 2557 ได้ร้อยละ 80 ปี 2558 ได้ร้อยละ 90 ปี 2559 ได้ร้อยละ 100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายรัชชัย จันทร์สอาด โทรศัพท์มือถือ : 086-030-1065 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-591-5455 ต่อ 6770-4 โทรสาร : E-mail: npo2545@hotmail.com คลินิกกายอุปกรณ์ กรมการแพทย์ 2. คุณสุลีพันธ์ โสสันดา โทรศัพท์มือถือ : 081-813-6310 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-591-5455 ต่อ 6839 โทรสาร : E-mail: suleepun@gmail.com 3. แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์ โทรศัพท์มือถือ : 081 803 2326 เบอร์โทรศัพท์: 02 591 5455 ต่อ 6715 โทรสาร : E-mail: daraneenu@yahoo.com ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรมการแพทย์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. คุณสุลีพันธ์ โสสันดา โทรศัพท์มือถือ : 081-813-6310 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-591-5455 ต่อ 6839 โทรสาร : E-mail: suleepun@gmail.com ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรมการแพทย์

ตัวชี้วัด : คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน (ร้อยละ100)

เกณฑ์การประเมิน ปี 2557 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>มีฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>1.สำรวจข้อมูลคนพิการขาขาดในพื้นที่</p> <p>2.สำรวจกายภาพโรงงานกายอุปกรณ์ในพื้นที่ (บุคลากร การผลิต อุปกรณ์)</p>	<p>มีการขึ้นทะเบียนคนพิการขาขาดเพื่อรับอุปกรณ์ที่เหมาะสม</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>1.ค้นหา ตรวจสอบ ประเมิน คัดกรองความต้องการรับอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับ</p> <p>ความพิการตามข้อมูลที่ส่งให้</p> <p>2.ขึ้นทะเบียนคนพิการในพื้นที่</p> <p>3.ยืนยันและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางเพื่อรับจัดสรรงบประมาณ</p>	<p>มีแผนปฏิบัติการและการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ (การใช้งบประมาณและดำเนินการจัดหา)</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>1.จัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม</p> <p>2.พัฒนาระบบบริการ (ศักยภาพการผลิตและบุคลากร)</p> <p>3.ผลิตขาเทียมและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย</p>	<p>มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด</p> <p><u>เกณฑ์</u></p> <p>ร้อยละ 80 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียม หรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย</p>

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 พื้นที่ประเมินตนเองโดยส่งรายงานให้ส่วนกลางที่รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตรวจราชการในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจราชการในพื้นที่โดยผู้ตรวจราชการ

เอกสารสนับสนุน :

1. แหล่งข้อมูลจำนวนคนพิการ(ขาขาด)จาก สปสช
2. มาตรฐานการผลิตกายอุปกรณ์(ขาเทียม)

## การสนับสนุนจากส่วนกลาง

1. ฐานข้อมูลคนพิการขาขาดในจังหวัด
2. ฐานข้อมูลศักยภาพในการผลิตขาเทียมของโรงงานกายอุปกรณ์ในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง (กรณีพื้นที่นั้น ๆ ไม่มีโรงงานกายอุปกรณ์)
3. งบประมาณในการดำเนินการ หรืออุปกรณ์การผลิตขาเทียม
4. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรในการผลิตขาเทียมที่มีคุณภาพ
5. คู่มือมาตรฐานการผลิตกายอุปกรณ์ (ขาเทียม)
6. คู่มือคุณลักษณะส่วนประกอบขาเทียม

### เกณฑ์การประเมิน : ปี2558

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี2557และรวบรวมข้อมูลส่งส่วนกลาง 2. มีรายงานการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี 3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการ	มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน	มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 9 เดือน	มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด <u>เกณฑ์</u> ร้อยละ 90 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียมหรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย

### เกณฑ์การประเมิน : ปี2559

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี2558 และรวบรวมข้อมูลส่งส่วนกลาง 2. มีรายงานการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี 3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการ	มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน	มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 9 เดือน	มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด <u>เกณฑ์</u> ร้อยละ 100 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียมหรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย

## ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึงผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทยหมายถึงบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>-การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การบำบัดมือเกลือ</li> <li>-การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การให้คำแนะนำการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>-การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือกหมายถึงบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การฝึกสมาธิบำบัด - ผิงเข็ม</li> </ul> <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐหมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 16
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้มมาตรฐาน</li> <li>- รายงานจากจังหวัด</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Service / Person)</li> <li>- E – Inspection</li> <li>- จากระายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> </ul>

รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	การตรวจราชการและนิเทศงานปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 089-915-2170 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-965-9490 โทรสาร : 02-965-9490 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th</p> <p>2. นางกัญญา อินแพง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : โทรสาร : E-mail : kursuk_k@hotmail.com</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติก โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-965-9490 โทรสาร : E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 089-915-2170 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-965-9490 โทรสาร : 02-965-9490 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th</p> <p>2. นางกัญญา อินแพง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02 -965-9490 โทรสาร : E-mail : kursuk_k@hotmail.com</p> <p>3. นางศรีจรรยา โชติก โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-965-9490 โทรสาร : E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน				
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-6
<b>วิธีการประเมินผล :</b> ขั้นตอนที่ 1 มีการจัดบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานใน รพศ. รพท.และ รพช. คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 50) ขั้นตอนที่ 2 มีการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ผ่านทุกโรงพยาบาลเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 ทุกจังหวัดมีการอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขได้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยแพทย์ทางเลือกและพยาบาลใน รพ.สต. ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการตรวจรักษา การใช้ยาสมุนไพร การจัดทำระบบรายงาน และการบริหารจัดการข้อมูล ขั้นตอนที่ 4 มีการพัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดให้ผ่านมาตรฐาน GMP อย่างน้อยเครือข่ายบริการละ 1 โรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 5 มีการใช้ยาแผนไทยในโรงพยาบาลทุกระดับ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 ขั้นตอนที่ 6 ผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานร้อยละ 16				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b> 1. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) 2. มาตรฐานการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (GMP)				

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	2. ลดแออัด และเวลารอคอย (รอบปรับ) 2.1 ลดความแออัด
คำนิยาม	ลดความแออัด หมายถึงหน่วยบริการระดับ M1,M2 ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามระดับสถานบริการ มีการส่งต่อ (Refer out) ผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลระดับ A,S ลดลง
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยส่งต่อ(Refer out) จากโรงพยาบาลระดับ M1,M2 ที่มีค่า Adj.RW $\leq 1.0$ ลดลงร้อยละ 30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 30
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่าย จาก 12 แห่ง ในหน่วยบริการระดับ A,S
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 12 แห่ง
รายการข้อมูล 1	(A) จำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่าย จาก 12 แห่ง ปีงบประมาณ 2557 ที่มีค่า Adj.RW $\leq 1.0$
รายการข้อมูล 2	(B) จำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่าย จาก 12 แห่ง ปีงบประมาณ 2556 ที่มีค่า Adj.RW $\leq 1.0$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B) \times 100 / A$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	2. ลดแออัด และเวลารอคอย (รอปรับ) 2.2 ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการสุขภาพ
คำนิยาม	ลดระยะเว ลากการรอคอย หมายถึง ลดระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของ ผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการลงทะเบียนเข้ารับบริการจนถึงได้รับการตรวจ จากแพทย์ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก รพศ.หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รพท.หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่าย (Node) สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในรพศ./รพท./รพช. ลดลง - ปี 2556 ลดลงจากปี 2555 ร้อยละ 10 - ปี 2557 ลดลงจากปี 2556 ร้อยละ 25 - ปี 2558 ลดลงจากปี 2557 ร้อยละ 30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจ
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช.
รายการข้อมูล 1	A = ระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของปี 2555
รายการข้อมูล 2	B = ระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของปี 2556
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A-B)/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน และ 12 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางบุษบา บุศยพลากร โทรศัพท์มือถือ : 08 1350 6210 โทรศัพท์สำนักงาน : 0 2590 1770 โทรสาร : 0 2590 1796 E-mail : budsabab@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางณปภัช นฤคนธ์ โทรศัพท์มือถือ : 08 1446 4369 โทรศัพท์สำนักงาน : 0 2590 1689 โทรสาร : 0 2590 1796 E-mail : napapat111@hotmail.com 2.นายบรรพต คงสำราญ โทรศัพท์มือถือ : 08 9449 1849 โทรศัพท์สำนักงาน : 0 2590 1689 โทรสาร : 0 2590 1796 E-mail : bunpoth@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ลดแออัด และเวลารอคอย

2.1 ลดความแออัด

2.2 ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 4	ขั้นตอน 4	ขั้นตอน 5

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน 1 จัดทำแนวทางการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย ไปสถานบริการระดับ A และ S เมื่อเกินศักยภาพ

ขั้นตอน 2 มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามระดับสถานบริการ

ขั้นตอน 3 มีระบบรายงานการจัดเก็บข้อมูลลดความแออัด และลดเวลารอคอย ในสถานบริการเพื่อใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอน 4 มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลลดความแออัด และลดเวลารอคอย เช่น รวบรวมจาก 12 แพ้ม

ขั้นตอน 5 มีการสรุปผลการดำเนินการพัฒนาการบริการเพื่อลดความแออัดและลดเวลารอคอย และปัญหาอุปสรรค

เอกสารสนับสนุน -

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	3. จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ
คำนิยาม	การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้น ๆ เขตบริการ หมายถึง การจัดระบบบริการ 12 เครือข่าย
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด/เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกแบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง สบรส.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเครือข่ายเขตปี 2556
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเครือข่ายเขต ปี 2557
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	9 เดือน , 12 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพทมือถือ : 08 9521 5987 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพทมือถือ : 08 1298 7693 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพทมือถือ : 08 6891 4954 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : 0 2590 1637 E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพทมือถือ : 08 9521 5987 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพทมือถือ : 08 1298 7693 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพทมือถือ : 08 6891 4954 โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : 0 2590 1637 E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตบริการลดลง				
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
ขั้นตอน 1-2		ขั้นตอน 1 – 2		ขั้นตอน 3
<b>วิธีการประเมินผล</b> ขั้นตอน 1 ศสต. ระดับจังหวัด/เขต ทำบทบาทหน้าที่ในการรับส่งต่อ และรับช่วงประสานหาโรงพยาบาลปลายทางเพื่อรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางให้สำเร็จ โดยทำหน้าที่แทนโรงพยาบาลต้นทางที่ร้องขอจนเกิดผลสำเร็จ เพื่อแสดงถึงการจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลต้นทาง ขั้นตอน 2 ศสต. ระดับจังหวัด/เขต มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan ขั้นตอน 3 ติดตามผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดของจังหวัด/เขต เปรียบเทียบกับการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตบริการ				
เอกสารสนับสนุน : -				

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) (รอบปรับ)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียก (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะช่วยลดอัตราการการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</p> <p><b>กลวิธีการดำเนินงาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการ โดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด</li> <li>● ปรับระบบการส่งต่อ และแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden Time) ทั้ง (Thrombolytic Agent) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับการการรักษา โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ 70 (ปี 2557)</li> <li>- ร้อยละ 75 (ปี 2558)</li> <li>- ร้อยละ 80 (ปี 2559)</li> </ul>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>วิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 37.68 (A)</li> <li>● ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด (B)</li> <li>● ระวางข้อมูลซ้ำซ้อน จาก ผู้ป่วยนอกที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อ</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม ทั้งผู้ป่วยนอกและในแยกตามรายเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 (Thrombolytic agent)หรือ/และ 37.68 (PPCI)
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<div> <div> 1. นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 E-mail : hui_ubn9nurse@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 1631 </div> </div> <div> <div> 2. นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5901648 E-mail : yupha22@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1631 </div> </div> <div> <div> </div> <div> สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข </div> </div>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<div> <div> 1. นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 E-mail : hui_ubn9nurse@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 1631 </div> </div> <div> <div> 2. นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5901648 E-mail : yupha22@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 1631 </div> </div> <div> <div> </div> <div> สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข </div> </div>



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ( PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) (ร้อยละ 70)												
เกณฑ์การประเมิน :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ขั้นตอน 1 - 4</td><td>ขั้นตอน 1 - 4</td><td>ขั้นตอน 1 - 4</td><td>ขั้นตอน 1 - 5</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 5
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 4	ขั้นตอน 1 - 5									
วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน												
ขั้นตอน 1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับจังหวัดและระดับเขต												
ขั้นตอน 2 จัดทำคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งในและนอกเขตบริการสุขภาพ												
ขั้นตอน 3 จัดรูปแบบการให้บริการ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน												
ขั้นตอน 4 การจัดระบบส่งต่อ Fast Tract												
ขั้นตอน 5 พัฒนาระบบ consult referral system												
เอกสารสนับสนุน :												
1. คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน												
2. คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ												

ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (รอบปรับ)
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>การเข้าถึงบริการ</b> หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกสซ์บำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</li> <li>● <b>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b> หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2556 ทั้งรายเก่าและรายใหม่</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 31
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>กรมสุขภาพจิตรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากการรายงานที่มี 5 ทางเลือกขึ้นกับความสะดวกของพื้นที่ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</li> <li>2. ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program online</li> <li>3. ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program offline</li> <li>4. จากการรายงานทางเอกสารด้วยแบบฟอร์มที่กำหนด</li> <li>5. ข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช./รพสต. ที่ใช้ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานอนามัย หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นในกรุงเทพมหานคร และในสังกัดกรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2557
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิต

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข โทรศัพท์สำนักงาน : 04-535-2599 E-mail : <a href="mailto:tkongsuk@gmail.com">tkongsuk@gmail.com</a> โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 08-4558-5956 โทรสาร : 045-35-2598</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์สำนักงาน 0-4535 2599 E-mail : <a href="mailto:virgojinny12@gmail.com">virgojinny12@gmail.com</a> โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์สำนักงาน 02 590 1637 E-mail : <a href="mailto:kavalinc@hotmail.com">kavalinc@hotmail.com</a> สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางสาววรารณณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์สำนักงาน 02 590 1638 สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 08-1877-5751 โทรสาร 0-4535-2598</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร 02 590 1631</p> <p>โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 1631</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

<b>ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ</b>			
<b>เกณฑ์การกำกับติดตาม</b> การดำเนินงานระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ/ตำบล/หน่วยบริการ บรรลุตามกิจกรรมการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส			
<b>วิธีการกำกับติดตาม</b> การดำเนินงานระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ/ตำบล/หน่วยบริการ ควรมีการดำเนินงานในรายไตรมาสตามกิจกรรมที่สำคัญดังนี้			
ไตรมาส	ระดับเขต	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ/ตำบล/หน่วยบริการ
<b>ไตรมาสที่ 1</b>	มีแผนดำเนินการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน Service plan จิตเวชของเขตบริการสุขภาพ โดยในแผนมีการกำหนดกิจกรรม ดังนี้ 1. เป้าหมายอัตราการเข้าถึงบริการที่ชัดเจน และกำหนดกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 2. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย จาก รพ.สต ไปยัง รพช. ไปยัง รพท หรือ ไปยังโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ 3. แนวทางการบริหารจัดการยาต้านเศร้า เช่น Fluoxetine หรือ sertraline 4. แผนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q สำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรม CPG-MDD-GP สำหรับแพทย์จบใหม่	1. มีคณะทำงานระดับจังหวัดทำหน้าที่วางแผน กำกับติดตามการปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาคูสมรรถของดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตามตัวชี้วัดนี้ ทั้งนี้สามารถตั้งเป็นคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตอื่นๆได้ 2. มีแผนการปฏิบัติงานระดับจังหวัด ที่มีความชัดเจนในประเด็นเหล่านี้ เช่น 2.1 เป้าหมายการดำเนินงาน 2.2 กลุ่มเสี่ยงที่จะคัดกรอง (กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด กลุ่มติดสุรา/สารเสพติด กลุ่มผู้สูญเสียทรัพย์สินหรือคนที่รัก) 2.3 ระบบ/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด 2.4 รายการยาด้านเศร้าใน	1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 2. มีผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ คลินิก ANC คลินิกจิตเวช 3. มีแพทย์ใน รพช./รพท. ที่ผ่านการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

	<p>5. ระบบและการรายงานผลการปฏิบัติงานจากหน่วยบริการในจังหวัดต่างๆ</p> <p>6. การนิเทศหรือเป็นพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์สุขภาพจิตที่ประจำเขตสุขภาพนั้นๆ</p>	<p>จังหวัด</p> <p>2.5 แนวทางการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาของหน่วยบริการในจังหวัด</p> <p>2.6 แผนการอบรมซ่อมเสริมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>	
ไตรมาสที่ 2	<p>1. มีการดำเนินงานตามแผนดำเนินงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่</p> <p>1.1 อบรมพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า</p> <p>1.2 อบรมพัฒนาศักยภาพของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p> <p>1.3 บริหารจัดการยาต้านเศร้าระดับเขต</p> <p>1.4 นิเทศหรือเป็นพี่เลี้ยงโดยโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์สุขภาพจิต</p> <p>2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมของเขตที่ไม่ถึงร้อยละ 31 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 1/2 ของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน</p>	<p>1. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน ได้แก่</p> <p>1.1 คัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมายที่วางแผนไว้</p> <p>1.2 ส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระบบและแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>1.3 บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตามแผน</p> <p>1.4 รวบรวมและรายงานผลการปฏิบัติงาน</p> <p>2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกจังหวัดเพิ่มขึ้น กรณีจังหวัดที่ไม่ถึงร้อยละ 31 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 1/2 ของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน</p>	<p>1. มีการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินในกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ทุกราย</p> <p>3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนดไว้จนหายทุเลา</p> <p>4. กลุ่มที่หายทุเลา ได้รับการติดตามป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>5. มีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกราย</p> <p>6. รวบรวมและรายงานผลการบริการผู้ป่วยราย</p>

			ใหม่ทุกราย
ไตรมาสที่ 3	1. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมของเขตที่ไม่ถึงร้อยละ 31 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ¼ ของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน	1. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมของจังหวัดที่ไม่ถึงร้อยละ 31 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ¼ ของเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน	ประเด็นเดียวกับไตรมาสที่ 2
ไตรมาสที่ 4	1. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวมของเขตบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน และมากกว่าร้อยละ 31	1. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของจังหวัดบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงาน และมากกว่าร้อยละ 31	ประเด็นเดียวกับไตรมาสที่ 2
<p>เอกสารสนับสนุนการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</li> <li>2. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดฉบับสมบูรณ์</li> <li>3. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดฉบับสั้น</li> <li>4. เอกสารความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาหายได้</li> <li>5. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับสมบูรณ์ (Clinical Practice Guideline for Depressive Disorder for General Practitioner: CPG-MDD-GP)</li> <li>6. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิฉบับสั้น : Quick CPG</li> </ol>			

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	6. ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ
คำนิยาม	<p>ระบบบริการ ANC คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง การจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชักประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจฯ สารเสพติด สุรา การสูบบุหรี่ ความพร้อมการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร</li> <li>2. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ถ้ามีความเสี่ยงให้ส่งต่อแพทย์เพื่อดูแลเฉพาะ (Case management)</li> <li>3. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเมื่อมีข้อบ่งชี้ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย down syndrome ภาวะพร่องธัยรอยด์แต่กำเนิด</li> <li>4. ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจหาซิฟิลิส (ให้การรักษหากผลเป็นบวก) การติดเชื้อเอดส์ ตรวจหมู่เลือด (ABO and RH) ความเข้มข้นของเลือด (Hct/Hb) ตรวจอนามัยในช่องปาก ตรวจปัสสาวะด้วย urine dipstick ตรวจภายในเพื่อตรวจความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด (โดยใช้ Speculum หากหญิงตั้งครรภ์สมัครใจและไม่มีข้อห้าม) และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก</li> <li>5. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แจ้งและอธิบายผลการประเมิน ให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร และจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลต ในหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์</li> <li>6. การให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม พร้อมข้อแนะนำที่หญิงตั้งครรภ์จะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเอง</li> <li>7. จัดให้มีช่องทาง ติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ฯ ได้ 24 ชั่วโมง เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป ให้บริการตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 รายงานทาง E-mail ทุก 6 เดือน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / ศูนย์อนามัยที่ 1-12
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป ที่ให้บริการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน โดยทีมประเมินมาตรฐานของกรมอนามัย ระดับส่วนกลาง, เขต, จังหวัด





**ตัวชี้วัด : ร้อยละของระบบบริการ ANC คุณภาพ**

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> <li>วางแผนเชิงระบบ ร่วมกัน จังหวัด หน่วยบริการ เขต บริการ</li> <li>การพัฒนาความรู้ทักษะ ให้ บุคลากรทุกระดับ</li> <li>พัฒนาระบบ บริการของหน่วย บริการฯและจัด บริการให้ได้ มาตรฐานฯ</li> <li>ค้นหาหญิง ตั้งครรภ์เสี่ยง และ ให้การดูแลราย case</li> <li>รพ.สต.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และ ส่งต่อฝากท้องเร็วและมาเป็นคู่</li> <li>ในกรณีที่มีแม่และทารกเสียชีวิต ให้มีการสืบสวนสาเหตุการตาย และรายงานส่วนกลาง</li> <li>ประชุม MCH. board (1) แก้ไข ปัญหาเชิงระบบ</li> <li>นิเทศ ติดตามเยี่ยม หน่วย บริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (1)</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯ และส่งศูนย์ฯ ประเมิน</li> <li>ดำเนินงานตามแผนที่ วางไว้</li> <li>เข้าร่วมประชุมสัมมนา วิชาการแม่และเด็ก และ รับประทานโล่ฯ</li> <li>ประชุม MCH board ตามงาน</li> <li>สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ ฝากท้องเร็วมาเป็นคู่</li> <li>กรณีแม่และทารก เสียชีวิต สืบสวนสาเหตุ การตายและรายงาน ส่วนกลาง</li> <li>นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (2)</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯและส่งศูนย์ฯ ประเมิน</li> <li>ดำเนินงานตามแผนที่ วางไว้</li> <li>เข้าร่วมประชุมราช วิทยาลัยสูติสูจร</li> <li>ประชุม MCH Board ตามงาน</li> <li>สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ ฝากท้องเร็วมาเป็นคู่</li> <li>กรณีแม่และทารก เสียชีวิต สืบสวนสาเหตุ การตายและรายงาน ส่วนกลาง</li> <li>นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดรณรงค์ในวันแม่ แห่งชาติและ ประชาสัมพันธ์ให้หญิง ตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อน/เท่ากับ 12 Wks และมาเป็นคู่</li> <li>รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (3)</li> <li>ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักฯและส่งศูนย์ฯ ประเมิน</li> <li>ดำเนินงานตามแผนที่ วางไว้</li> <li>ประชุม MCH board ตามงาน</li> <li>เตรียมสรุปงานและ เตรียมข้อมูลวางแผนปี ต่อไป</li> </ol>

**วิธีการประเมินผล :**

ขั้นตอนที่ 1 ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยง แก้ไขปัญหาจากจังหวัด อำเภอ ตำบลและ ทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการฯ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ

ขั้นตอนที่ 4 สังเกตการจัดบริการ ANC ตรวจสอบระบบการส่งต่อผู้รับบริการในระยะฉุกเฉิน ดู Flow chart

ขั้นตอนที่ 5 รายงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ความรู้ ทักษะตามสภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 6 รายงานการประชุม MCH.board

**เอกสารสนับสนุน :**

- คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอ องค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย
- หนังสือการประชุมสัมมนาธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 19 “เครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย เพื่อการบริหารจัดการ”
- คู่มือวิทยาการโรงเรียน พ่อ แม่

4. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
5. โปรแกรมประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
6. วิทยากรระดับส่วนกลาง ระดับเขต

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	7. ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ
คำนิยาม	<p><b>ห้องคลอดคุณภาพ</b> หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ห้องคลอดจัดบริการได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดของแพทย์และพยาบาล</li> <li>2. มีกระบวนการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สำคัญได้เป็นอย่างดี <ul style="list-style-type: none"> <li>- มารดาเสียชีวิตในห้องคลอดน้อยกว่า 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย</li> <li>- มารดาตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 5</li> <li>- ทารกเสียชีวิตไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน</li> <li>- ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอดไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน</li> </ul> </li> <li>3. มีกระบวนการคัดกรองการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) ตั้งแต่จุดแรกรับและจัดส่งต่อโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ประจำทันที</li> <li>4. มีกระบวนการประเมินระยะรคลอดโดยใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph) และให้พิจารณาส่งต่อเมื่อกราฟผ่านเส้น Alert Line โดยต้องพิจารณาถึงความเร็วในการส่งต่อให้ถึงมือสูติแพทย์ก่อนเวลาที่กราฟจะถึง Action Line (ภายใน 4 ชั่วโมง หลังจากผ่านเส้น Alert Line)</li> <li>5. มีกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพทั้งมารดาและทารกตามแนวทางของโรงพยาบาล สายใยรักแห่งครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน (F2)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนโรงพยาบาลชุมชน (F2) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนโรงพยาบาลชุมชน (F2) ทั้งหมดจำนวน 518 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน โดยทีมประเมินมาตรฐานของกรมการแพทย์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม เสรีพรเจริญกุล โทรศัพท์สำนักงาน : 02-354-8108 ต่อ 3226/3210</li> <li>2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-6329</li> </ol> <p>กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นายอภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-6283 โทรสาร : 02-591-8264-65</p> <p>กลุ่มงานเครือข่ายแพทย์เขต กรมการแพทย์</p>

ตัวชี้วัด : ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1-3	3-4	5	6-7

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนและเพิ่มเติมบทบาทคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด / เขต อาทิ

- กำหนดเกณฑ์และระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง
- กำกับให้สถานบริการที่รับผิดชอบ ให้การดูแลผู้คลอดตามการคลอดมาตรฐาน
- ร่วมประชุมและทบทวนการดูแลมารดาที่เสียชีวิตในระยะคลอด ส่งคณะกรรมการกำกับการคลอดมาตรฐาน ภายใน 7 วัน

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งคณะกรรมการกำกับการคลอดมาตรฐาน โดยมีประธาน MCH Board ของแต่ละเขตเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งหมดเพื่อแยก / กำหนดเป็นโรงพยาบาลสำหรับการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ High Risk / Low Risk ตลอดจนการเสริมอุปกรณ์ที่ขาดแคลน เช่น transport incubator

ขั้นตอนที่ 4 implement และจัดอบรมการคลอดมาตรฐาน ครอบคลุมสถานบริการและบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ( 4 กลุ่มๆ ละ 3 เขต เดือนละ 2 กลุ่ม หรือเดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 เขต) ได้แก่

- การใช้คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน
- การใช้ Admission record เพื่อแยกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ high risk และ low risk
- การดูแลผู้คลอดตามระบบที่กำหนด
- การใช้แนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ PPH
- การใช้ electronic fetal monitoring record, แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Birth asphyxia ในรายที่มี

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินโรงพยาบาลต่าง ๆ ว่ามีการใช้และดำเนินการตามระบบที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่

- Case ที่มี neonatal asphyxia (apgar score ที่ 5 นาที  $\leq$  7)
- Case ที่มี PPH

ขั้นตอนที่ 6 ทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มและระบบบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 7 ทบทวนการดูแลมารดาทุกรายที่เสียชีวิตในระยะคลอด โดย MCH Board ทุกระดับและคณะกรรมการกำกับการคลอดมาตรฐานฯ

เอกสารและสิ่งสนับสนุน :

1. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์
2. Admission record , แนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด , electronic fetal monitoring record, แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Birth asphyxia
3. ขั้นตอนการส่งต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง
4. Online consultation

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	8. ร้อยละของบริการ Well Child Clinic (WCC) คุณภาพ
คำนิยาม	<p>WCC คุณภาพ หมายถึง การบริการที่จัดให้แก่เด็ก 0-5 ปี ตามข้อกำหนดของกรมอนามัยจัดทำขึ้นโดยข้อเสนอแนะของคณะทำงานวิชาการโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ใน 10 กิจกรรมหลักที่จะส่งเสริมพัฒนาให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการชักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด</li> <li>2. มีการประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ</li> <li>3. ประเมินความเสี่ยงของมารดาในโรคพันธุกรรม TSH, Thal, ดาวน์ซินโดรม, โรคหัวใจ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม</li> <li>4. ประเมินความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</li> <li>5. การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยอนามัย 55</li> <li>6. เด็กที่พัฒนาการล่าช้าให้ประเมินโดยเครื่องมือ TDSI พร้อมสอนผู้เลี้ยงดูให้กระตุ้นพัฒนาการ และนัดประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน หากภายใน 3 เดือนเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้า ให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา</li> <li>7. มีการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการตามช่วงอายุ</li> <li>8. มีการตรวจพิเศษตามช่วงอายุ เช่น การวัดความดันโลหิต ภาวะซีด</li> <li>9. ให้วัคซีนตามช่วงอายุและสังเกตอาการผิดปกติหลังการให้ 30 นาที</li> <li>10. ให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการดูแลตนเองและบุตรพร้อมบันทึก</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	WCC ที่ได้คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ของโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจ / ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน
แหล่งข้อมูล	จากการสำรวจ / ประเมิน
รายการข้อมูล 1	A=จำนวน WCC ที่ได้คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ของโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
รายการข้อมูล 2	B=WCC ที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพของมาตรฐานโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน โดยทีมประเมินมาตรฐานของกรมอนามัย ระดับส่วนกลาง, เขต, จังหวัด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข โทรศัพทมือถือ : 081-908-1761  โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4417 โทรสาร : 02-590-4427  Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร โทรศัพทมือถือ : 085-661-3064  โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4426 โทรสาร : 02-590-4426  Email: jin_pattana@yahoo.com</p>

	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์สรวุฒิ บุญสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761  โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4417 โทรสาร : 02-590-4427  Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร โทรศัพท์มือถือ : 085-661-3064  โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4426 โทรสาร : 02-590-4426  Email: jin_pattana@yahoo.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>

**ตัวชี้วัด : ร้อยละของบริการคลินิกเด็กดี (WCC)คุณภาพ**

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วางแผนเชิงระบบ ร่วมกัน จังหวัด หน่วยบริการ อำเภอ ตำบล ตามแนวทางตำบลนมแม่ ต้นแบบ“พัฒนาการเด็กแบบองค์รวม”</li> <li>2. พยาบาล รพศ./รพท.เข้าอบรมหลักสูตรนักส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>3. พัฒนาระบบ บริการWCCของหน่วยบริการให้ได้มาตรฐานฯ</li> <li>4. คัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก หากพบเด็กพัฒนาการล่าช้าให้การดูแลราย case</li> <li>5. จัดหน่วยเคลื่อนที่คัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก สนับสนุนรพ.สต.</li> <li>6. ประชุม MCH. board (1) แก้ไขปัญหาเชิงระบบ</li> <li>7. นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดประกวดสุขภาพเด็กดีใน วันเด็กแห่งชาติ</li> <li>2. ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักและส่งผลให้ ศูนย์ฯประเมิน รับรอง</li> <li>3. จัดหน่วยเคลื่อนที่ คัด กรอง ประเมินพัฒนาการ เด็กสนับสนุน รพ.สต.</li> <li>4. ประชุม MCH board ติดตามงาน</li> <li>5. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>6. นักพัฒนาการเด็กสำรวจ พัฒนา การเด็ก ด้วย Denver II ครั้งที่ 1</li> <li>7. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (1)</li> <li>8. นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เข้าร่วมสัมมนา .อปท.รวม พลังสร้างเด็กไทยฉลาดและ รับประทานโล่ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพดีเด่น</li> <li>2. ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักและส่งผลให้ ศูนย์ฯประเมิน รับรอง</li> <li>3. จัดหน่วยเคลื่อนที่ คัด กรอง ประเมินพัฒนาการ เด็กสนับสนุน รพ.สต.</li> <li>4. ประชุม MCH board ติดตามงาน</li> <li>5. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>6. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (2)</li> <li>7. นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รณรงค์สัปดาห์นมแม่โลก</li> <li>2. ประเมินตนเองตาม มาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักและส่งผลให้ ประเมิน</li> <li>3. ดำเนินงานตามแผนที่ วางไว้</li> <li>4. ประชุม MCH board ตามงาน</li> <li>5. นักพัฒนาการเด็กสำรวจ พัฒนา การเด็ก ด้วย Denver II ครั้งที่2</li> <li>6. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (3)</li> <li>7. สรุปผลงานและเตรียม ข้อมูลวางแผนปีต่อไป</li> <li>8. นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วย บริการ</li> </ol>

**วิธีการประเมินผล :**

1. ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยง แก้ไขปัญหาจากจังหวัด อำเภอ ตำบลและ ทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ
2. ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการ
3. ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ
4. สังเกตการจัดบริการที่ WCC สอบถาม ดู Flow chart ระบบการคัดกรอง ประเมินพัฒนาการเด็ก และเด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลราย Case
5. รายงานการอบรมพยาบาลคลินิกพัฒนาการเด็กที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะและการแก้ไข พัฒนาการ
6. รายงานการประชุม MCH.board

**เอกสารสนับสนุน :**

1. คู่มือคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
2. คู่มือวิทยากรโรงเรียน พ่อ แม่

3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
4. โปรแกรมประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
5. ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก
6. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก การดูแลเด็กสุขภาพดี
7. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
8. วิทยุทัศน์การประเมินพัฒนาการเด็ก
9. วิทยากรระดับส่วนกลางและระดับเขตในการอบรมพัฒนาการ



ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	9. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ
คำนิยาม	<p><b>ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ</b> หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยมีกระบวนการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน 6 ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านการเจริญเติบโตของร่างกาย ด้วยการจัดอาหารมื้อหลักตามหลักโภชนาการและอาหารเสริมตามวัย สะอาดถูกหลักสุขาภิบาลอาหารและการดูแลสภาพช่องปาก</li> <li>2. ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย</li> <li>3. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ สะอาดและปลอดภัย</li> <li>4. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในศูนย์เช่น มือเท้าปาก ฯลฯ</li> <li>5. ด้านบุคลากรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีและมีความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก</li> <li>6. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ol> <p>พร้อมทั้งบรรลุผลลัพธ์ 4 ข้อคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (อนามาัย 55)</li> <li>2. เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</li> <li>3. เด็กมีปัญหาฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57</li> <li>4. มีการส่งต่อเด็กที่พัฒนาการไม่สมวัยเข้ารับการประเมินและแก้ไขพัฒนาการ ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกคน</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานทาง E-mail หรือส่งข้อมูลผ่าน สสจ. หรือศูนย์อนามัยที่ 1-12 ทุก 6 เดือน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / ศูนย์อนามัยที่ 1-12
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในปี 2557
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด ในปีเดียว
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข โทรศัพทมือถือ : 081-908-1761  โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4417 โทรสาร : 02-590-4427  Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร โทรศัพทมือถือ : 085-661-3064  โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-4426 โทรสาร : 02-590-4426  Email: jin_pattana@yahoo.com</p> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4417 Email: wutmd39ju@hotmail.com, sarawut.b@anamai.mail.go.th	โทรศัพท์มือถือ : 081-908-1761 โทรสาร : 02-590-4427
	2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-4426 Email: jin_pattana@yahoo.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	โทรศัพท์มือถือ : 085-661-3064 โทรสาร : 02-590-4426

**ตัวชี้วัด : ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ**

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผน“พัฒนาศูนย์เด็กเล็กองค์รวม”</li> <li>2. การพัฒนาความรู้ทักษะ ครูพี่เลี้ยงเด็ก/ผู้บริหารศูนย์ฯ</li> <li>3. พัฒนาศูนย์เด็กเล็กและจัดบริการให้ได้มาตรฐานฯ</li> <li>4. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย</li> <li>5. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และส่งศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>6. จัดโรงเรียน พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายายในศูนย์เด็กเล็ก ทุกเดือน</li> <li>7. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>8. ประชุม MCH board (1) แก้ไขปัญหาเชิงระบบ</li> <li>9. นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดประกวดศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ</li> <li>2. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพและส่งผลให้ศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>3. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย</li> <li>4. จัดโรงเรียน พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายายในศูนย์เด็กเล็กทุกเดือน</li> <li>5. คัดกรองประเมินพัฒนาการครั้งที่ 1</li> <li>6. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>7. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (1)</li> <li>8. นิเทศ ติดตาม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เข้ารับประทานโล่ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพดีเด่น</li> <li>2. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กฯ และส่งผลให้ศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>3. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย</li> <li>4. จัดโรงเรียน พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายายในศูนย์เด็กเล็กทุกเดือน</li> <li>5. ประชุม MCH board ติดตามงาน</li> <li>6. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ วัคซีน อุบัติเหตุ</li> <li>7. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (1)</li> <li>8. นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วยบริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กฯ และส่งผลให้ศูนย์ฯ ประเมิน รับรอง</li> <li>2. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย</li> <li>3. จัดโรงเรียน พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายายในศูนย์เด็กเล็กทุกเดือน</li> <li>4. คัดกรองประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2</li> <li>5. ประชุม MCH board ตามงาน</li> <li>6. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ (3)</li> <li>7. สรุปผลงานและเตรียมข้อมูลวางแผนต่อไป</li> <li>8. นิเทศ ติดตามเยี่ยมหน่วยบริการ</li> </ol>

**วิธีการประเมินผล :**

1. ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยง แก้ไขปัญหาจากจังหวัด อำเภอ ตำบลและทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ
2. ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือศูนย์เด็ก การพัฒนาครูพี่เลี้ยงเด็ก
3. ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ
4. การเยี่ยมชมศูนย์เด็กเล็ก สังเกตการจัดกิจกรรมในศูนย์ฯ
5. รายงานการอบรมครูพี่เลี้ยงเด็ก ผู้บริหารศูนย์ฯ
6. รายงานการประชุม MCH. Board

**เอกสารสนับสนุน :**

1. คู่มือประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ
2. คู่มือวิทยากรโรงเรียน พ่อ แม่
3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
4. โปรแกรมประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	10. ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ
คำนิยาม	<p>ศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) หมายถึง หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจทุกกลุ่มวัย ครบทั้ง 4 ด้านดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านบุคลากร: มีผู้รับผิดชอบการดูแลสังคมจิตใจ ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามประเด็นสำคัญ</li> <li>2. ด้านบริการ: มีการใช้กระบวนการให้การดูแลด้านสังคมจิตใจ และ/หรือการให้คำปรึกษาในประเด็น สุรา/ยาเสพติด ท้องไม่พร้อม ความรุนแรง โรคเรื้อรัง/เอดส์ มีการส่งต่อบริการและการติดตาม</li> <li>3. ด้านบูรณาการ: มีการเชื่อมโยงระบบดูแลช่วยเหลือในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (OHOS) , ระบบการช่วยเหลือทางสังคมในผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว (OSCC) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง</li> <li>4. ด้านส่งเสริมป้องกัน: มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาเฉพาะ</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจทุกกลุ่มวัย ครบทั้ง 4 ด้าน
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง, กรมสุขภาพจิต
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล โทรศัพทมือถือ : โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-8422 โทรสาร: E-mail :</p> <p>2. นางสาวอมรากล อินโชนนท์ โทรศัพทมือถือ : โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-8422 โทรสาร: E-mail :</p> <p>3. นางอรรณพ ดวงจันทร์ โทรศัพทมือถือ : โทรศัพทสำนักงาน : 02-590-8422 โทรสาร: 02-149-5535 E-mail : : lab.snp2555@gmail.com, mhtech.childado@gmail.com</p> <p>สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต</p>

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวพัชริน คุณคำชู โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-8197</p> <p>2. นางนฤภัค ฤทธาทิพย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-8580 สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต E-mail : lab.snp2555@gmail.com , mhtech.childado@gmail.com</p>
-------------------------	--

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1-2	จำนวน รพช. มี การจัดบริการ ดูแลช่วยเหลือ ทางสังคมจิตใจ ทุกกลุ่มวัย โดยมี องค์ประกอบ ครบทั้ง 4 ด้าน	3-4	ร้อยละ 70 ของ ศูนย์ให้ คำปรึกษา คุณภาพ (Psychosocial Clinic) และ เชื่อมโยงกับ ระบบช่วยเหลือ

**วิธีการประเมิน :**

ขั้นตอนที่ 1 กรมสุขภาพจิต ชี้แจงหรือสื่อสารการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Clinic) ที่มีคุณภาพ ให้แก่คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 2 กรมสุขภาพจิต สนับสนุนวิชาการ ให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต นำไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจทุกกลุ่มวัยในโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 กรมสุขภาพจิต ติดตามการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Clinic) ที่มีคุณภาพ ตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.1 ด้านบุคลากร : มีผู้รับผิดชอบการดูแลสังคมจิตใจ ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามประเด็นสำคัญเช่น สุรา ยาเสพติด ท้องไม่พร้อม ความรุนแรง การให้คำปรึกษา

3.2 ด้านบริการ : มีการใช้กระบวนการให้การดูแลด้านสังคมจิตใจ และ/หรือการให้คำปรึกษาในประเด็น สุรา/ยาเสพติด ท้องไม่พร้อม ความรุนแรง โรคเรื้อรัง/เอดส์ มีการส่งต่อข้อมูล/บริการและติดตามเพื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งทางด้านสังคมและจิตใจ เช่น การเยี่ยมบ้านคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ เป็นต้น

3.3 ด้านบูรณาการ : มีการเชื่อมโยงระบบดูแลช่วยเหลือในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (OHOS) ระบบการช่วยเหลือทางสังคมในผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว (OSCC) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3.4 ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต : มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาเฉพาะ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ การอบรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 4 กรมสุขภาพจิต จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหา Best practice ของการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Clinic) ที่มีคุณภาพ

**เอกสารสนับสนุน :**

1. เอกสารประกอบการชี้แจงเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	11. ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ
คำนิยาม	<p><b>คลินิก NCD คุณภาพ</b> หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุม ความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ</p> <p><b>องค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีทิศทางและนโยบาย</li> <li>2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ</li> <li>3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน</li> <li>4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง</li> <li>5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ</li> <li>6) มีระบบสารสนเทศ</li> </ol> <p><b>เกณฑ์ผลลัพธ์การรักษาดูแลผู้ป่วย</b> คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและ การจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</li> <li>2) การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย</li> <li>3) การคัดกรองการสูบบุหรี่</li> <li>4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา</li> <li>5) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค</li> <li>6) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน</li> <li>7) คุณภาพการดูแลรักษา/ ส่งต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการ ควบคุมไม่ได้ดีตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น</li> <li>8) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (unexpected admission rate)</li> <li>9) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง</li> <li>10) ลดอัตราการเสียชีวิต ที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้ง

แหล่งข้อมูล	จากการสำรวจของ สคร. (ที่มินิเทศงานของเขตเครือข่ายบริการ 12 เขต)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่สุ่มประเมินผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่ได้รับการสุ่มประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3985 โทรสาร : E-mail : jurekong@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางชนิกานต์ สมบุญตนนท์ โทรศัพท์มือถือ : 081-733-0757 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3984 โทรสาร : 02-590-3972 E-mail : smbntnn@yahoo.com, ncd.evaluate@gmail.com 2. นางสาวสุพัฒนา เจริญกุล โทรศัพท์มือถือ : 086-345-2462 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3970 โทรสาร : 02-590-3972 E-mail : kaew514@hotmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



ตัวชี้วัด : ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)				
เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุข				
รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน	1	2	2	3 - 4
<b>วิธีการประเมินผลสถานบริการสาธารณสุข</b> ขั้นตอนที่ 1 สถานบริการสาธารณสุขดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 เพื่อหาโอกาสในการพัฒนา (GAP) ขั้นตอนที่ 2 สถานบริการสาธารณสุข นำผลการประเมินตนเอง มาปรับปรุงพัฒนาการดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพในแต่ละองค์ประกอบ ขั้นตอนที่ 3 สถานบริการสาธารณสุขประเมินตนเองรอบ 2 เพื่อดูผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการและผลลัพธ์การดำเนินงาน - ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย - ผลลัพธ์การประเมินความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ขั้นตอนที่ 4 ทิศทางพัฒนาและแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไปอย่างไร				
เกณฑ์การสุ่มประเมินคุณภาพ				
รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน	-	1-2	3	4
<b>วิธีการสุ่มประเมินผลคุณภาพ</b> ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับ สคร. คัดเลือก CUP ในการสุ่มประเมิน ขั้นตอนที่ 2 สคร.ที่ 1-12 ดำเนินการสุ่มประเมินคลินิก NCD คุณภาพ สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัด ดังนี้ - รพช. 1 แห่ง และ รพ.สต. 1 แห่ง ที่อยู่ใน CUP เดียวกัน - รพศ./รพท. 1 แห่ง เป้าหมายจังหวัดที่สุ่ม : 50 % ของจังหวัดในเขต ขั้นตอนที่ 3 สคร.ที่ 1-12 ดำเนินการสุ่มประเมินคลินิก NCD คุณภาพครบทุกจังหวัด ขั้นตอนที่ 4 สคร.ที่ 1-12 สรุปผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ที่ผ่านการสุ่มประเมิน(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)				
เอกสารสนับสนุน				
1. เกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ				

ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ประเด็นการตรวจราชการเป้าหมายผลลัพธ์ระยะกลาง : -			
	ระดับเขต	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ/ตำบล/หน่วยบริการ
ไตรมาส 1	สคร.ที่ 1-12 ร่วมกับ ส่วนกลาง จัดทำเกณฑ์การสุ่มประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 และแนวทางการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ		สถานบริการสาธารณสุข ดำเนินการ ประเมินตนเองตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 เพื่อหาโอกาสในการ พัฒนา (GAP)
ไตรมาส 2	สคร.ที่ 1-12 ดำเนินการสุ่ม ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทุกจังหวัด ดังนี้ 1. รพช. 1 แห่ง และ รพ.สต. 1 แห่ง ที่อยู่ใน CUP เดียวกัน 2. รพศ./รพท. 1 แห่ง เป้าหมายจังหวัดที่สุ่ม : 50 % ของจังหวัดในเขต	1. จังหวัดรวบรวมข้อมูลการ ประเมินตนเองของสถาน บริการสาธารณสุข 2. จังหวัดร่วมกับ สคร. คัดเลือก CUP ในการสุ่ม ประเมิน 3. จังหวัดมีการติดตาม กระบวนการดำเนินงานในแต่ละ องค์ประกอบ (รายละเอียด ตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ)	สถานบริการสาธารณสุข นำผลการ ประเมินตนเอง มาปรับปรุงพัฒนาการ ดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพในแต่ละ องค์ประกอบ (รายละเอียดตาม เกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ)
ไตรมาส 3	สคร.ที่ 1-12 ดำเนินการสุ่ม ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทุกจังหวัด ดังนี้ 1. รพช. 1 แห่ง และ รพ.สต. 1 แห่ง ที่อยู่ใน CUP เดียวกัน 2. รพศ./รพท. 1 แห่ง เป้าหมายจังหวัดที่สุ่ม : 100 % ของจังหวัดในเขต		
ไตรมาส 4	สคร.ที่ 1-12 สรุปผลการ ดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) แก่ ส่วนกลาง	จังหวัดร่วมกับ สคร. สรุปผล การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	สถานบริการสาธารณสุขประเมินตนเอง รอบ 2 เพื่อดูผลการพัฒนาระบบ บริหารจัดการและผลลัพธ์การ ดำเนินงาน - ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย - ผลลัพธ์การประเมินความเสี่ยง/ ภาวะแทรกซ้อน ดีขึ้นหรือไม่ -ทิศทาง แนวทางการดำเนินงานในปี ต่อไปอย่างไร

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	12. ร้อยละของอำเภอที่มีทีม miniMERT, MCATT,SRRT คุณภาพ 12.1 ร้อยละของอำเภอที่มีทีม miniMERT
คำนิยาม	ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (Mini Medical Emergency Response Team: Mini MERT )หมายถึง ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ในภาวะภัยพิบัติ ระดับอำเภอเป็นทีมที่พัฒนาต่อยอดจากทีมกู้ชีพ หรือ ทีม EMS ซึ่งสามารถออกปฏิบัติการได้เร็ว ส่วนประกอบของทีม มี 5-6 คน ได้แก่ แพทย์ (1), พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (2), ผู้ช่วยเหลือ และหรือ พนักงา นขับรถ ที่ได้รับการอบรมพื้นฐานอาสาสมัครกู้ชีพ (2-3) ที่พร้อมออกปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและทำหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ในพื้นที่ประสบภัยของตนเอง และใกล้เคียงสามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ขั้นต้น(Triage, Treatment, Transfer) ทั้งนี้ ทีม MiniMERT ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของ อำเภอที่มีทีม Mini MERT
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำลังปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน หรือ มีประสบการณ์ในการทำงานในห้องฉุกเฉิน ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากเอกสารการรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีทีม Mini MERT
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปี ละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์มือถือ : 081-842-4148 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-6286 โทรสาร : 02 -591 -8276 กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ E-mail: nsawan2005@yahoo.com 2.นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์มือถือ :081-988-3925 โทรศัพท์สำนักงาน :02-590-6288 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์มือถือ : 081-842-4148 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-6288 โทรสาร : 02-590-8276 E-mail: nsawan2005@yahoo.com กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอที่มีทีม MiniMERT คุณภาพ เท่ากับ 80			
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1- 3	ขั้นตอนที่ 1- 4	ขั้นตอนที่ 1- 5
<p>วิธีการประเมิน : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ทบทวน/ปรับปรุงหลักสูตรอบรมครูต้นแบบ Mini MERT (ครู ก)</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 กรรมการแพทย์จัดการอบรมพัฒนาครูต้นแบบ Mini MERT (ครู ก) เพื่อไปขยายการสร้างทีม Mini MERT ระดับอำเภอ 2 ครั้ง</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 อบรมทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับอำเภอ (Mini MERT) ในพื้นที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 มีการกำกับติดตามการดำเนินการพัฒนาทีม Mini MERT (ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับอำเภอ) ในพื้นที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับอำเภอ Mini MERT มีศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติการกิจรองรับด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติในพื้นที่ ภายใน 1 ชั่วโมง</p>			
<p>เอกสารสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการเตรียมความพร้อมสำหรับทีม Mini MERT ในการปฏิบัติการกิจรองรับด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติในพื้นที่</li> <li>คู่มือการพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับอำเภอ (ทีม Mini MERT )</li> </ol>			

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	12. ร้อยละของอำเภอที่มีทีม miniMERT,MCATT,SRRT คุณภาพ 12.2 ร้อยละของอำเภอที่มีทีม MCATT คุณภาพ
คำนิยาม	<p><b>ทีม MCATT : Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต )</b> หมายถึง ทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ผู้ประสบภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>ทีม MCATT ในระดับอำเภอ</b> หมายถึง ทีม MCATT ประจำพื้นที่ในระดับอำเภอ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p><b>ทีม MCATT ที่มีคุณภาพมาตรฐาน</b> หมายถึง ทีม MCATT ที่มีคุณภาพมาตรฐานตามคู่มือ “มาตรฐานทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต”</p> <p><b>วิกฤตสุขภาพจิต</b> หมายถึง ภาวะเสียสมดุลทางอารมณ์และจิตใจจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความวุ่น สับสน และความผิดปกติที่คนเราไม่สามารถจะใช้วิธีคิดและการปฏิบัติที่เคยใช้ได้ในการแก้ปัญหา โดยเกิดจากภัยพิบัติทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์</p> <p><b>ภัยพิบัติ</b> หมายถึง เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่มีอันตรายรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศชาติ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือโดยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานเพื่อให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติภัยพิบัติ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ได้แก่ อุทกภัย โคลนถล่ม วาตภัย คลื่นสึนามิ การเกิดไฟป่า แผ่นดินไหว และโรคระบาด เป็นต้น</li> <li>2) ภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ การเกิดอุทกหนุม อุบัติเหตุหนุม ไฟไหม้ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์วิกฤตทางการเมือง กรณีจับตัวประกัน กรณีการพยายามทำร้ายตัวเอง การรั่วไหลของสารเคมี เป็นต้น</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีการจัดตั้งทีม MCATT ที่มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (สถาบัน / โรงพยาบาล / ศูนย์สุขภาพจิต) รวบรวมรายงานจากโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตามแบบรายงานของกรมสุขภาพจิต
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานของกรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอำเภอที่มีการจัดตั้งทีม MCATT ที่มีคุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนอำเภอทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง

<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533 E-mail : burinsura@hotmail.com สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางสาวพัทธนันท์ ชันแก้ว โทรศัพท์มือถือ : 085-713-9373 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-441-6100 ต่อ 58244, 58245 โทรสาร : 02-441-6101 E-mail : mcc_galya@hotmail.com สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอที่มีทีม MCATT คุณภาพ (เท่ากับ 80)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ร้อยละ 80 ของของ อำเภอที่มีทีม MCATT คุณภาพ

วิธีการประเมิน :

- ขั้นตอนที่ 1 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานทีม MCATT เพื่อจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงานของพื้นที่
- ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตตามมาตรฐานด้านการบริหารจัดการ  
ตามมาตรฐานทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตแก่บุคลากรในหน่วยงานและ  
บุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบ
- ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุน เสริมพลังและผลักดันให้พื้นที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานของทีม MCATT  
ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านการบริหารจัดการ ตามมาตรฐานทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้  
ประสบภาวะวิกฤต
- ขั้นตอนที่ 4 มีการจัดเตรียมทีมและซ้อมแผนแบบบูรณาการ ระหว่างทีม miniMERT, MCATT และ SRRT
- ขั้นตอนที่ 5 นิเทศติดตามการดำเนินงาน MCATT ในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารสนับสนุน :

1. มาตรฐานทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	12. ร้อยละของอำเภอที่มีทีม mini MERT ,MCATT,SRRT คุณภาพ 12.3 ร้อยละของอำเภอที่มีทีม SRRT คุณภาพ
คำนิยาม	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึง ทีม SRRT ระดับอำเภอ ที่ปฏิบัติการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคเบื้องต้น ได้ตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (อย่างน้อยผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2557
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SRRT ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลโดยกรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	แบบสรุปการประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอ รายตัวชี้วัด
รายการข้อมูล 1	A = ทีม SRRT ระดับอำเภอที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2557
รายการข้อมูล 2	B = ทีม SRRT ระดับอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง โดยทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวนิภาพรรณ สฤทธอภีรักษ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-943-7733 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1713 โทรสาร : 02-590-1784 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวนิภาพรรณ สฤทธอภีรักษ์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1713 โทรสาร 02-590-1784 2. นางสาวสภามรณ จุจันทร์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1713 โทรสาร 02-590-1784 3. นางสาวนรินทร์ ยิ้มจอหอ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1713 โทรสาร : 02-590-1784 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอที่มีทีม SRRT คุณภาพ				
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2		ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
<p>วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอน 1 จัดทำทะเบียนรายชื่อทีม SRRT ระดับอำเภอ ที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับพื้นฐาน และทีมที่หมดอายุการรับรอง</p> <p>ขั้นตอน 2 รายงานการวิเคราะห์ส่วนขาดและแผนพัฒนาทีม SRRT ระดับอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับพื้นฐาน</p> <p>กรณีที่ทีมผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับพื้นฐานครบทุกทีมหรือเกินกว่าร้อยละ 80 แล้ว ให้รายงานการวิเคราะห์ส่วนขาดและแผนพัฒนาทีม SRRT ระดับอำเภอ เพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี</p> <p>ขั้นตอน 3 รายงานการนิเทศติดตาม / พัฒนาทีมที่มีส่วนขาด ตามแผนการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2</p> <p>ขั้นตอน 4 ผลการประเมินทีม SRRT ระดับอำเภอตามขั้นตอนที่ 2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>ขั้นตอน 5 ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านการรับรองมาตรฐานโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่</p> <p>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>กรณีที่ทีมผ่านการรับรองมาตรฐานระดับพื้นฐานครบทุกทีมหรือเกินกว่าร้อยละ 80 แล้ว ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ประเมินรับรองมาตรฐานทีมจากขั้นตอนที่ 2 เพื่อการผ่านมาตรฐานระดับดี</p>				
<p>เอกสารสนับสนุน : มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)</p> <p>ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555</p>				

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	<p>13. ร้อยละของ ER,EMS คุณภาพ</p> <p>13.1 ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ</p>
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่มีการรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการไปถึงและเริ่มให้การดูแล ซึ่งประเมิน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง) คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันที หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว</p> <p>ผู้ป่วยเร่งด่วน(สีเหลือง) คือต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรืออาจสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ EMS ของทุกระดับสถานบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จากเอกสารการรายงานของสถานบริการทุกระดับ</p> <p>2. รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ศูนย์ EMS ของทุกระดับสถานบริการ</p> <p>รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวมินา ชูใจ โทรศัพทมือถือ : 081-780-1771 โทรศัพทสำนักงาน : โทรสาร : E-mail : สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงฯ</p> <p>2.นายสุทัศน์ กองขุนทด โทรศัพทมือถือ : 081-972-1771 โทรศัพทสำนักงาน : โทรสาร : E-mail : skongkhuntod@yahoo.com สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงฯ</p>

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวมินา ชูใจ โทรศัพท์สำนักงาน : E-mail : mchoojai@gmail.com สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน	โทรศัพท์มือถือ : 081-780-1771 โทรสาร : สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
-------------------------	---	---

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ EMS คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า70)				
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1-2	ขั้นตอน 1-3	ขั้นตอน 1-4	ขั้นตอน 1-5
<p>วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>ขั้นตอน 1 สถานบริการในระดับอำเภอ/จังหวัดได้รับคำชี้แจง และเตรียมการประเมินคุณภาพ EMS ทุกแห่ง</p> <p>ขั้นตอน 2 สถานบริการในระดับอำเภอ/จังหวัดมีการประเมินคุณภาพ EMS ด้วยตนเองทุกแห่ง</p> <p>ขั้นตอน 3 จังหวัดทำการวิเคราะห์ และประเมินคุณภาพ EMS ในภาพรวมของจังหวัด</p> <p>ขั้นตอน 4 สถานบริการมีการปรับปรุงคุณภาพ EMS ให้สอดคล้องกับผลการประเมิน</p> <p>ขั้นตอน 5 สถานบริการในจังหวัดมี EMS คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p>				
<p>การสนับสนุน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงการฝึกอบรม/ประชุมปฏิบัติการสำหรับบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2. คู่มือ แนวทางการประเมินคุณภาพ EMS</li> </ol>				

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	13. ร้อยละของ ER,EMS คุณภาพ 13.2 ร้อยละของ ER ที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	ER หรือ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่เหมือนกัน คู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ตามที่ กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยได้พัฒนาคู่มือในการ ประเมินตนเอง เพื่อทราบถึง จุดเด่นและจุดที่ต้องปรับปรุงของตนเอง ในด้านที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งหมด 4 ด้าน(12 ประเด็น) เช่น ด้านบุคลากร ด้านการจัดอาคารสถานที่ ด้านการจัดระบบดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงระบบ Fast Track และ ด้านสนับสนุนอื่นๆ ทั้งนี้ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จะรวมถึงตั้งแต่การดูแล ผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) ณ ห้องฉุกเฉิน ( in hospital care) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (inter hospital care) ตลอดจนถึง ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา (discharge) ทั้งในภาวะ ปกติ ภาวะอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty Incident:: MCI) และ ภาวะ ภัยพิบัติ (Disaster)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีการประเมินตนเอง ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการ รักษาพยาบาลฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานข้อมูลผ่าน สสจ ปี ละ 1 ครั้ง 2. สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพ ในแต่ละเขต โดยที่मितของกรมการแพทย์ จาก ระดับส่วนกลางหรือ เขต, หรือ จังหวัด ปีละ 1 ครั้ง (เครือข่ายบริการ )
แหล่งข้อมูล	1. ผลการประเมินห้องฉุกเฉิน ทุกระดับสถานพยาบาล ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานฯ 2. ผลการประเมินจากที่मितเฉพาะด้าน ของกรมการแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานฯ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพทมือถือ : 081-842-4148 โทรศัพทสำนักงาน :02-590-6286 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : nsawan2005@yahoo.com กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ 2.นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพทมือถือ :081-988-3925 โทรศัพทสำนักงาน :02-590-6288 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	โทรศัพท์มือถือ : 081-842-4148
	โทรศัพท์สำนักงาน :02-590-6286 โทรสาร : 02-591-8276	
	E-mail : nsawan2005@yahoo.com	
	กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์	กรมการแพทย์
	2.นางนริศรา แย้มทรัพย์	โทรศัพท์มือถือ :081-988-3925
	โทรศัพท์สำนักงาน :02-590-6288	โทรสาร : 02-591-8276
	E-mail : narissara.yamsub@gmail.com	
	กลุ่มงานฉุกเฉินทางการแพทย์	กรมการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ ER ที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 70				
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2		ขั้นตอนที่ 1- 3	ขั้นตอนที่ 1- 4	ขั้นตอนที่ 1- 5
<p><b>วิธีการประเมิน : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน</b></p> <p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลทุกระดับมีคณะกรรมการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ER</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 บุคลากร ER ในโรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาศักยภาพในการใช้แนวพัฒนาทางสู่มาตรฐานด้านการรักษา พยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการตามขบวนการพัฒนาคุณภาพ ER ตามแนวพัฒนาทางสู่มาตรฐานด้านการรักษา พยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 มีการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพ ER ตาม ข้อ 3</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 มีการรายงานผล (Out put) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีข้อมูลอัตราการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามลำดับความรุนแรงและความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ ER</li> <li>2. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน</li> <li>3. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ</li> </ol>				
<p><b>เอกสารสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือ แนวทางพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับต่างๆ</li> <li>2. คู่มือการนิเทศติดตามการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ</li> </ol>				

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	14. ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
คำนิยาม	ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง 1. ห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขและหน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	1) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขและหน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพและมาตรฐานบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 2) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพงานบริการรังสีวินิจฉัย ตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขและหน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมข้อมูล และส่งต่อให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
แหล่งข้อมูล	1) แบบตรวจติดตามและประเมินผล ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวง 2) แบบตรวจติดตามและประเมินผล ตามเกณฑ์พัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางชั้นสูตรสาธารณสุขหน่วยบริการ รพ.สต. และ ศสม. 3) แบบการตรวจติดตามและประเมินผล ตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p><b>1.1) ห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุข ของโรงพยาบาล สังกัด สป. และกรมต่างๆ</b>  A1.1 = จำนวนห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาลในจังหวัด ที่มีการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข  B1.1 = จำนวนห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขโรงพยาบาล ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p><b>1.2) หน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุข (รพ.สต. และ ศสม.)</b>  A1.2 = จำนวนหน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุข (รพ.สต. และ ศสม.) ในจังหวัด ที่มีการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการ ตามเกณฑ์พัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางชั้นสูตรสาธารณสุขหน่วยบริการ รพ.สต. และ ศสม.  B1.2 = จำนวนหน่วยบริการชั้นสูตรสาธารณสุข (รพ.สต. และ ศสม.) ทั้งหมดที่มีการบริการชั้นสูตรสาธารณสุขของจังหวัด</p>



รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์และ แนวทาง การพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข B2 = จำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมายที่ 1) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขและหน่วย บริการชั้นสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพและ มาตรฐานบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข คำนวณดังนี้ ร้อยละ = $(A1.1/B1.1) \times 100$ ร้อยละ = $(A1.2/B1.2) \times 100$  เกณฑ์เป้าหมายที่ 2) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพงานบริการรังสีวินิจฉัย ตาม เกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณดังนี้ ร้อยละ = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวจุไร โชติชนาทวีวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-106-8198 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-951-0000 ต่อ 99951 โทรสาร : 02-951-1270 E-mail : jurai.c@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ 2. นางสาวเกษร บุญรักษโยธิน โทรศัพท์มือถือ : 087-280-2659 โทรศัพท์สำนักงาน : 076-352-041-2 ต่อ 107 โทรสาร : 076-352-044 E-mail : gaysorn.b@dmsc.mail.go.th ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 (ภูเก็ต) 3. นางสาวเรวดี สิริธัญญานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 087-679-9277 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-951-0000 ต่อ 99952 โทรสาร : 02-951-1270 E-mail : raevadee.s@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ 4. นางอนงค์ สิงการวไชย์ โทรศัพท์มือถือ : 086-387-5337 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-951-0000-9 ต่อ 99647 โทรสาร : 02-951-1027-8 E-mail : anong.s@dmsc.mai.go.th สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ 5. นางสาวโลมไสล วงศ์จินดา โทรศัพท์มือถือ : 089-951-6075 โทรศัพท์สำนักงาน : 056-245-618-20 โทรสาร : 056-267-329 E-mail : lomsalai.w@dmsc.mail.go.th ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 (นครสวรรค์)
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวชิสานัน ทักกิจ โทรศัพท์มือถือ : 087-370-2246 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-951-0000 ต่อ 99080 โทรสาร : 02-589-9868 E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ (ร้อยละ 100)

**เกณฑ์การประเมิน :**

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

**วิธีการประเมินผล :** จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ ของจังหวัด/เขต

ขั้นตอนที่ 2 มีแผนการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐานที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 มีผลการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ

กลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 มีการพัฒนาส่วนขาด(gap analysis) ของคุณภาพห้องปฏิบัติการที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่

กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 มีผลการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

**เอกสารสนับสนุน :**

1. มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
2. เกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม)

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	15. ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (รอปรับ)
คำนิยาม	CMI (Case Mix Index) หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : AdjRw) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	15.1 รพศ.(A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6 15.2 รพท. (S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2 15.3 รพท.ขนาดเล็ก (M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0 15.4 รพช.แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8 15.5 รพช.(F1 - F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6 15.6 กรณีโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ควรมีสัดส่วนผู้ป่วยในที่มีค่า AdjRw < 0.5 ดังนี้ รพศ.(A) = ไม่มากกว่า25% รพท.(S)= ไม่มากกว่า30% รพท.ขนาดเล็ก (M1)= ไม่มากกว่า40%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ <a href="http://phdb.moph.go.th/hssd1/">http://phdb.moph.go.th/hssd1/</a>
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล CMI
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRw)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในที่มี AdjRw น้อยกว่า 0.5
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	ค่า CMI = (A/C) ร้อยละสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในที่มี AdjRw น้อยกว่า 0.5 = (B/C) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางบุษบา บุศยพลากร โทรศัพท์มือถือ : 08 1350 6210 โทรศัพท์สำนักงาน : 0 2590 1762 โทรสาร : 0 2590 1796 E-mail : budsabab@gmail.com 2. นางอรสา เข้มปัญญา โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์: 02-590-1758 โทรสาร : 0 2590 1747 E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางบุษบา บุศยพลากร โทรศัพท์มือถือ : 08 1350 6210 โทรศัพท์สำนักงาน : 0 2590 1762 โทรสาร : 0 2590 1796 E-mail : budsabab@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Planผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
<b>วิธีการประเมินผล :</b> ขั้นตอนที่ 1 มีแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 มีการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยวัดจากค่า CMI ภาพรวมของสถานบริการ เพิ่มขึ้น 5% ขั้นตอนที่ 4 มีการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยวัดจากค่า CMI ภาพรวมของสถานบริการ เพิ่มขึ้น 10% ขั้นตอนที่ 5 มีการประเมินและสรุปผลปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานตามแผน				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b> 1. มีแผนการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาล 2. บทสรุปการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านการรักษาพยาบาล				

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	16.จำนวน CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย (รอบปรับ)
คำนิยาม	<p>CKD clinic หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>บุคลากร ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>แพทย์</li> <li>พยาบาล</li> <li>นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ</li> <li>เภสัชกร ระบุคนที่แน่นอน</li> <li>นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล</li> </ol> </li> <li>EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>การใช้ยา</li> <li>การรับประทานอาหาร</li> <li>การปฏิบัติตัว</li> <li>ในระดับ รพศ./รพท. มีการให้คำแนะนำและเตรียมพร้อมผู้ป่วย CKD</li> </ol> </li> <li>มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดให้ รพ.ระดับ รพศ.(A)/รพท.(S)/รพท.ขนาดเล็ก(M1) ที่จัดตั้ง CKD CLINIC ต้องมีองค์ประกอบครบ ทั้ง 3 ข้อ ถ้าไม่มีต้องพัฒนาต่อไป</li> <li>ระดับ รพช. (M2,F) จัดให้มีบริการรักษา และให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ตามองค์ประกอบและมีบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังและมีแนวทาง (CPG) การส่งต่อผู้ป่วย CKD ไป รพ. A ,S ,M1 ตามความรุนแรงของโรค</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>รพ. ระดับ A, S, M1 = 100%</li> <li>รพ. ระดับ M2, F1 = 50%</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานข้อมูลจากสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12
แหล่งข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	สำนักบริหารการสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	<p>A 1 = จำนวนรพ.ระดับ A , S, M1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง ที่มีการจัดตั้ง CKD clinic ในรพ.</p> <p>B 1 = จำนวนรพ.ระดับ A , S, M1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (N = 116 แห่ง)</p> <p>A 2 = จำนวนรพ.ระดับ M2 , F1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง ที่มีการจัดตั้ง CKD clinic ในรพ.</p> <p>B 2 = จำนวนรพ.ระดับ M2 , F1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (N = 164 แห่ง)</p>

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.(A1/B1)X100 2.(A2/B2)X100	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a>	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : <a href="mailto:refermoph@hotmail.com">refermoph@hotmail.com</a>	

ตัวชี้วัด : จำนวน CKD Clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1-2	ขั้นตอน 3-4	ขั้นตอน 5	ขั้นตอน 6

วิธีการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 สำนักงานเขตพื้นที่รับผิดชอบและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดเก็บ รวบรวมข้อมูลจำนวน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ในระดับเขต/จังหวัด ที่มีการจัดตั้ง CKD Clinic ตามคู่มือแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไต ของ กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการจัดตั้ง CKD. Clinic ตามคู่มือแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไต ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตรวจโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบรายจังหวัดว่ามีการดำเนินการจัดตั้ง CKD. Clinic เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 สรุปปัญหาอุปสรรคการดำเนินการจัดตั้ง CKD. Clinic ให้ส่วนกลางรับทราบและหา แนวทางการแก้ปัญหา เช่น ไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติ ขาดบุคลากร ขาดงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดและเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง CKD. Clinic หากยังไม่ครบตามเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตพื้นที่บริการ สรุปปัญหาอุปสรรค และจำนวน โรงพยาบาล และรายงานสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (รายไตรมาส)

เอกสารสนับสนุน : แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไต

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	17. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>- รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง รพ.สต. และ ศสม. ที่มีทันตภิบาลให้บริการประจำ หรือ มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากหมุนเวียนให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน</p> <p>- บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์</p> <p>- กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามเกณฑ์ คือ</p> <p>1) <u>คลินิกฝากครรภ์ (ANC)</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง บริการชุดหินน้ำลาย ทำความสะอาดฟัน และ บริการทันตกรรมหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น</p> <p>2) <u>คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)</u> มีการให้แปรงฟันและยาสีฟันให้กับเด็กที่มาใช้บริการ มีการตรวจช่องปาก ความสะอาด และประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็ก การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ การจัดระบบเฝ้าระวังติดตาม ดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง (เด็กกลุ่มเสี่ยง คือ เด็กที่ฟันไม่สะอาด/ฟันมีรอยขาวขุ่น/มีฟันผุ) ให้บริการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงด้วยการทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือน</p> <p>3) <u>ศูนย์พัฒนาเด็ก</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกคนปีละ 1 ครั้ง และ แจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำ เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม สนับสนุนให้ศูนย์เด็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และ ครูผู้ดูแลเด็กตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก สนับสนุนการให้ศูนย์เด็กเล็กจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างให้อิ่มต่อสุขภาพช่องปากที่ดี</p> <p>4) <u>โรงเรียนประถมศึกษา</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคนปีละ 1 ครั้ง ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษาตามความจำเป็น สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างถูกต้องทุกวัน ที่โรงเรียน สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างให้อิ่มต่อสุขภาพช่องปากที่ดี</p> <p>5) <u>กลุ่มผู้สูงอายุ</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 45
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากผู้นิเทศในการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	- ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ ๔๓ แฟ้ม รายนรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ - รายงานผลการดำเนินการจัดบริการและการสนับสนุนในรพ.สต.ระดับจังหวัดของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ โทรศัพท์มือถือ : 081-668-3412 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5904213 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : suneewong@gmail.com สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2. ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมระหะ โทรศัพท์มือถือ : 089-525-0075 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5901763 โทรสาร : 02-5901757 E-mail : jaru@health.moph.go.th สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ โทรศัพท์มือถือ : 081-668-3412 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5904213 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : suneewong@gmail.com สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

**ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ :** ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

**เกณฑ์การประเมิน :**

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

**วิธีการประเมินผล :** จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากระดับเขตและจังหวัด

ขั้นตอน 2. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากที่บูรณาการในแผนสุขภาพเขต จังหวัด และ เครือข่ายบริการ (ครอบคลุมจัดบริการในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและการสนับสนุนบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.)

ขั้นตอน 3. มีระบบติดตามและรายงานผลการดำเนินการตามแผนสุขภาพระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการ

ขั้นตอน 4. การรายงานผลดำเนินงานจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ระดับจังหวัดงวด 6 เดือน

ขั้นตอน 5. การรายงานผลดำเนินงานจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ระดับจังหวัดงวด 12 เดือน

**ผลงาน** หมายถึง การใช้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.แต่ละแห่งได้ตามเกณฑ์ (มากกว่า ๒๐๐ ครั้งต่อ 1000 ประชากร)

**การรายงาน :** ให้รายงานตามแบบรายงานการนิเทศผลการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพช่องปากปีงบประมาณ ๒๕๕๗ แต่ละจังหวัดจัดเตรียมรายงานเพื่อเสนอต่อที่มตรวจราชการ และ ส่งสำเนาให้สำนักทันตสาธารณสุข ส่วนที่ ๑ หลังช่วงตรวจราชการรอบที่ ๑ และ ส่วนที่ ๒ หลังช่วงตรวจราชการรอบที่ ๒

**เอกสารสนับสนุน :** สามารถ Download ที่ Web : สำนักทันตสาธารณสุข

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2556-2560)
2. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน
3. แนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. แนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากร

**แผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัด**

1. โครงการพัฒนาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขระดับเขต
2. โครงการติดตามงานทันตสาธารณสุขกับเครือข่ายบริการสุขภาพเขต
3. โครงการประชุมปฏิบัติการการบูรณาการแผนสุขภาพช่องปากในแผนสุขภาพปี 2557
4. จัดประชุมปฏิบัติการสรุปบทเรียนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดปี 2557 เพื่อกำหนดทิศทางดำเนินการปี 2558
5. การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรส่วนภูมิภาคในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดเพื่อวางแผน กำกับ และประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

**แบบรายงานการนิเทศผลการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพช่องปากปีงบประมาณ ๒๕๕๗**  
**รอบที่.....**

แต่ละจังหวัดจัดเตรียมรายงานเพื่อเสนอต่อทีมตรวจราชการ และ ส่งสำเนาให้สำนักทันตสาธารณสุข ส่วนที่ ๑ หลังช่วงตรวจ  
ราชการรอบที่ ๑ และ ส่วนที่ ๒ หลังช่วงตรวจราชการรอบที่ ๒

**ส่วนที่ ๑ สำหรับรายงานการตรวจราชการรอบที่ ๑**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

**๑.๑ หน่วยบริการสุขภาพช่องปาก**

๑.๑ จำนวนอำเภอในจังหวัด .....	แห่ง	๑.๒ จำนวน CUP ในจังหวัด .....	แห่ง
๑.๓ จำนวน ศสม. ในจังหวัด .....	แห่ง	๑.๔ จำนวน รพ.สต. ในจังหวัด .....	แห่ง
๑.๕ จำนวนคลินิกทันตกรรม/ รพ.เอกชน .....	แห่ง		

๑.๒. จำนวนประชากรทั้งหมด.....คน จำนวนประชากรสิทธิ UC .....

**๑.๓. จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัด**

๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด .....	คน	เป็นทพ.กสร. ....	คน
ทพ.รัฐอื่น .....	คน	ทพ.เอกชน .....	คน
จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง .....	คน	คิดเป็นร้อยละของจำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด .....	%
สัดส่วนทันตแพทย์ทั้งหมดต่อประชากร .....		สัดส่วนทันตแพทย์เฉพาะ.กสร.ต่อประชากร .....	
๓.๒ จำนวนทันตภิบาลทั้งหมด .....	คน	เป็นทันตภิบาล รพ. ....	คน
ทันตภิบาล รพ.สต. ....	คน	จำนวนทันตภิบาลที่ได้ปฏิบัติงานปี ๒๕๕๗ .....	คน
สัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากร ณ ก.ย. ....	คน		
๒๕๕๗			
ทันตภิบาล(นวก.)ในงานสุขภาพช่องปาก .....	คน	นวก.ปฏิบัติงานในสสจ. ....	คน
นวก.ปฏิบัติงานในรพ. ....	คน	นวก.ปฏิบัติงานในรพ.สต. ....	คน
๓.๓ ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ตำแหน่งจพง.ทันตฯ) .....	คน	จำนวนลูกจ้าง(รวมทั้งเต็มเวลา/ไม่เต็มเวลา) .....	คน
๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม .....	คน		

**๑.๔. ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม.**

จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	.....แห่ง	จำนวนรพ.สต.มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	.....แห่ง
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	.....แห่ง		
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานประจำ	.....แห่ง	จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียน	.....แห่ง
		จากรพ.ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน	
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่ทีมงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	.....แห่ง	จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียน	.....แห่ง
สามารถจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		จากรพ.ให้บริการแต่ไม่ได้ตามเกณฑ์	
จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	.....แห่ง		
รพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันต	.....แห่ง	คิดเป็นร้อยละ.... ของรพ.สต. /ศสม. ทั้งหมด	ร้อยละ
กรรมพร้อมให้บริการ			
สรุปรวมรพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและมีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ๑ วัน รวม.....แห่ง			
คิดเป็นร้อยละ.....ของรพ.สต. /ศสม. ทั้งหมด			

๒. จังหวัดมีแผนพัฒนาบริการ Oral Service Plan อย่างไรในปี ๒๕๕๗

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างระดับจังหวัด

กลุ่มอายุ	รายการตัวชี้วัดสถานะทันตสุขภาพ	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖
กลุ่มอายุ ๑๘ เดือน	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม			
กลุ่มอายุ ๓ ปี	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม			
กลุ่มอายุ ๖ ปี (ป.๑)	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันแท้			
กลุ่มอายุ ๑๒ ปี (ป.๖)	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันแท้			
	ค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุดในฟันแท้ (DMF)			
กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ร้อยละของประชากรที่มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่			
	ร้อยละประชากรที่มีฟันใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า ๔ คู่สบ) (เป็นฟันหลัง และนับรวมฟันแท้/แท้,แท้/เทียม, เทียม/เทียม)			

**หมายเหตุ** กลุ่มใดมีการเก็บข้อมูลขอให้ช่วยรายงานอย่างชัดเจน

๔. สรุปปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของจังหวัด(ในกลุ่มเป้าหมายใด) พร้อมระบุมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

กลุ่มหลักสำคัญอันดับหนึ่ง คือ กลุ่ม.....

มาตรการสำคัญในการแก้ปัญหา คือ.....

.....

.....

.....

.....

.....

กลุ่มหลักสำคัญอันดับสอง คือ กลุ่ม.....

มาตรการสำคัญในการแก้ปัญหา คือ.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 กลุ่มหลักสำคัญอันดับสาม คือ กลุ่ม.....  
 มาตรการสำคัญในการแก้ปัญหา คือ.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

#### ๕. แผนงาน /โครงการและการใช้งบประมาณปี ๒๕๕๗

##### ๕.๑ แผนงาน /โครงการระดับจังหวัดในพัฒนาระบบบริหารจัดการ

จำแนกตามวัตถุประสงค์ ๖ ด้าน คือ 1 ศึกษาสถานการณ์ 2 พัฒนาระบบข้อมูล 3 นิเทศกำกับ 4 พัฒนาศักยภาพบุคลากร  
 5 ประเมินผลโครงการ 6 พัฒนาระบบบริหารจัดการ

แหล่งงบประมาณ คือ ๑ งบสนับสนุนและส่งเสริม ๒.งบอื่นๆ

ลำดับที่	โครงการ / กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แหล่ง งบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ

##### ๕.๒ แผนงาน /โครงการระดับจังหวัด ซึ่งจำแนก ตามวัตถุประสงค์ ๘ ด้าน

จำแนกตามวัตถุประสงค์ ๘ ด้านคือ 1 จัดบริการบูรณาการ 2 จัดบริการเชิงรุก 3 พัฒนาศักยภาพใน รพ.สต.

4 พัฒนาอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตและจัดบริการร่วมท้องถิ่น 5 พัฒนาโครงการแก้ปัญหาใน  
 ภาพรวม 6 พัฒนาระบบบริการร่วมกับเอกชน 7 ธรรมนูญระดับจังหวัด ๘ พัฒนาศักยภาพใน  
 กลุ่มเป้าหมายรอง

แหล่งงบประมาณ คือ ๑ PP area health ๒.PP dental ๓. งบอื่นๆ

ลำดับที่	โครงการ / กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แหล่ง งบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ


๕.๓ แผนงาน / โครงการระดับอำเภอ ซึ่งจำแนก เป็น ๙

กลุ่มเป้าหมาย คือ ๑.กลุ่ม ANC ๒.กลุ่ม WBC ๓.กลุ่ม ศูนย์เด็ก/อนุบาล ๔. กลุ่ม นักเรียนประถม/ มัธยม ๕.กลุ่มผู้สูงอายุ ๖.กลุ่ม  
บริการใน รพ.สต./ศสม. ๗.กลุ่ม DM ๘. กลุ่มผู้พิการ ๙. กลุ่มเอกชน

แหล่งงบประมาณ คือ ๑ PP area health ๒.PP dental ๓.งบ กองทุนตำบล ๔. งบสนับสนุนและส่งเสริม ๕.งบอื่นๆ

ลำดับ ที่	ชื่อ CUP	โครงการ / กิจกรรม	กลุ่ม เป้าหมาย	แหล่ง งบประมาณ	งบประมาณที่ ได้รับ
	๑	1 ๒ ๓. ฯลฯ			
	2	1 ๒ ๓. ฯลฯ			
	3	1 ๒ ๓. ฯลฯ			

## ส่วนที่ ๒ สำหรับรายงานการตรวจราชการรอบที่ ๒

### ๖. ผลผลิตการให้บริการ

กลุ่มอายุ	รายการ	จำนวน ประชากร เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๖.๑หญิงมีครรภ์	๑. หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)			
	๒. หญิงมีครรภ์ได้รับการบริการชุดหินน้ำลาย และ ทำความสะอาดฟัน (คน)			
๖.๒ กลุ่มเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี (๒ ปี หมายถึง ๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)	๑. เด็ก ๙ เดือน-๒ ปีได้รับการตรวจช่องปากและประเมินความเสี่ยง			
	๒. เด็ก ๙ เดือน-๒ ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ			
	๓. เด็กกลุ่มเสี่ยง ๙ เดือน-๒ ปีได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปี ละ ๑ ครั้ง (คน)			
	๔. เด็ก ๓-๕ ปีได้รับการตรวจช่องปากและ ประเมินความเสี่ยง			

	๔. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) *			
๖.๓ กลุ่มเด็ก ประถมศึกษา	๑. เด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ ได้รับการตรวจฟัน (คน)			
	๒. เด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ (คน)			
	๓. เด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ได้รับการทันตกรรมตามความจำเป็น (คน)			
๖.๔ งาน ส่งเสริม ทันตสุขภาพใน ผู้สูงอายุ	๑. ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม (คน) **			
	๒. ผู้สูงอายุใส่รากฟันเทียม (คน)			
	๓. จำนวนหน่วยบริการที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานและความดัน (แห่ง)			
	๔. จำนวนหน่วยบริการที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ (แห่ง)			
	๕ จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำนวนหน่วยบริการที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานและความดัน (แห่ง)			
๖.๕ การ จัดบริการในรพ. สต.	๑. จำนวนรพ.สต.สามารถจัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ตามเกณฑ์ (มากกว่า ๒๐๐ ครั้งต่อ 1000 ประชากร) วิเคราะห์จากรายงาน ๔๓ แห่ง)			

หมายเหตุ \*: เป้าหมาย คือ จำนวนประชากรในกลุ่มนั้นทั้งหมด หน่วยนับเป็นคน

\*\* = จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม หมายถึงการใส่ทั้งปากหรือแบบบางส่วน

๗. การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ระดับ	ลักษณะ/รูปแบบการบริหารจัดการ	การจัดบริการ
๗.๑ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ๑ = มี 2 = ไม่มี (กรณีไม่มีให้ระบุเหตุผล)		
	๑. จังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งและจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด	
	๒. จังหวัดมีแผนแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	
	๓. จังหวัดมีระบบจัดเก็บและฐานข้อมูลสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญในภาพรวมของจังหวัด / และรายอำเภอ	
	๔. จังหวัดมีระบบติดตามผลการดำเนินงานด้วยการนิเทศงานและระบบรายงาน	
	๕. จังหวัดมีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับทันตบุคลากรจบใหม่ก่อนปฏิบัติงาน	
๗.๒ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับ CUP ระบุจำนวน CUP ที่ทำได้ ระบุจำนวนแห่ง (จำนวน CUP ทั้งหมด = .....แห่ง)		
	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งและจัดประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่ประกอบด้วยทันตบุคลากร ผู้แทนท้องถิ่นและภาคประชาชน	
	๒. มีแผนแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายสำคัญระดับเครือข่ายบริการ โดยมีส่วนร่วมของ รพ.สต. (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	
	๓. มีโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากโดยมีส่วนร่วมของชุมชน	
	๔. มีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต.เครือข่าย (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	
	๕. มีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มอายุหลัก (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	
	๖. มีแผนการจัดบริการทันตกรรมหมุนเวียนใน รพ.สต.ที่ไม่มีทันตบุคลากรทุกแห่งอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	
	๗. มีการสนับสนุนวัสดุทันตกรรม แก่ รพ.สต.เครือข่าย (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	
	๘. มีระบบการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร (ระบุจำนวนเครือข่ายบริการ แห่ง)	



๗.๓ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับระดับ รพ.สต./ศสม. ระบุจำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ทำได้ตามเกณฑ์ ระบุจำนวนแห่ง (จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด = .....แห่ง)		
คลินิกฝาก ครรภ์ (ANC)	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง	
	2. บริการอุดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟันตามความจำเป็น	
	3. บริการการรักษาหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น	
คลินิก ส่งเสริม สุขภาพเด็กดี (WCC)	1. มีการให้แปรงฟันและยาสีฟันให้กับเด็กใน WCC	
	2. มีการตรวจช่องปาก ความสะอาด และประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็ก	
	3. การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	
	4. เฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง (คือ เด็กที่ฟันไม่สะอาด/ฟันมี รอยขาวขุ่น/มีฟันผุ)	
	5. เด็กที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดย ทันตบุคลากรหรือหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม	
ศูนย์พัฒนา เด็ก	๑. เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ แจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือ ผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำ	
	๒. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดย ทันตบุคลากรหรือหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม	
โรงเรียน ประถมศึกษา	๑. การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาปีละ 1 ครั้ง	
	๒. ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา	
	๓. การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษาตามความจำเป็น	
กลุ่มผู้สูงอายุ	๑. การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง	

#### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ....
๒. ....
๓. ....
๔. ....
๕. ....
๖. ....

#### ข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง

๑. ....
๒. ....
๓. ....
๔. ....
๕. ....
๖. ....

ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	18. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง (Fatality Rate) (รหัส ICD S06.0-S06.9) (รอบปรับ)
คำนิยาม	<p><b>บาดเจ็บที่ศีรษะ ( Head Injury )</b> หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามาระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง (Head injury mean complex mechanical loading to the head and / or the body that cause the injuries to the scalp and skull and brain and cranial nerve) การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) โดยใช้คะแนน Glasgow Coma Score) ดังนี้ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) GCS = 13-15 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) GCS = 9-12 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) GCS &lt; 9 (ตามรหัส ICD-10 S06.0-S06.9 )</p> <p><b>ตัวชี้วัดนี้ เฉพาะเฉพาะ</b> ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง หมายถึง เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามรหัส ICD-10 S06.0 - S06.9 เฉพาะผู้ป่วยใน (IPD) (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม จัดทำโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยความร่วมมือจากสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองมีอัตราการเสียชีวิตลดลง</p> <p>ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ</p> <p>จากปี 2556 เทียบกับ ปี 2557</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม รหัส ICD-10 ( S06.0-S06.9)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD – 12 แฟ้ม )</p> <p>จากหน่วยบริการแต่ละแห่งรวบรวมโดย Data center</p> <p>ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ</p>
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล IPD จาก 12 แฟ้ม หรือ 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บต่อสมอง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตามทุก 3 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 โทรสาร : 02 590 1631 E-mail : hui_ubn9nurse@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

	2. นางณัฐธิญา รังสินธุ์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 E-mail : nattina24@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข	โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 1631 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 E-mail : hui_ubn9nurse@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข 2. นางณัฐธิญา รังสินธุ์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1648 E-mail : nattina24@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข	โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 1631 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 1631 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<b>ตัวชี้วัด:</b> อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง (ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองมีอัตราการเสียชีวิตลดลง จาก ปี 2556 เทียบกับ ปี 2557)				
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1 - 4	ขั้นตอนที่ 1 - 4	ขั้นตอนที่ 1 - 4	ขั้นตอนที่ 1 - 5
<b>วิธีการประเมินผล :</b> จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและจัดบริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองในระดับจังหวัดและระดับเขต ขั้นตอนที่ 2 จัดทำคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองในรูปแบบเครือข่ายทั้งจังหวัดและเขตสุขภาพ ขั้นตอนที่ 3 จัดทำคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองนอกเขตสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองระหว่างสถานบริการ ( ทั้ง refer in และ refer out ) ได้รวดเร็วและมีคุณภาพ ขั้นตอนที่ 5 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง</li> <li>คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง</li> </ol>				

ตัวชี้วัดคุณภาพ การบำบัดรักษา	19. ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ภายใน 28 วัน (รอปรับ)
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่เสียชีวิตใน 28 วันแรก
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทารกไทยอายุ 0 - 28 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์เชื่อมโยงฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณบัตร และ หนังสือรับรองการตาย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แพทย์หญิงวราภรณ์ แสงทวีสิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ โทร. 02-354-8333 ต่อ 4902 , 08-9667-2137 โทรสาร. 0-2354-8319 E mail : varanewborn@gmail.com
ผู้รายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงวราภรณ์ แสงทวีสิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ โทร. 0-2354-8333 ต่อ 4902 , 08-9667-2137 E mail : varanewborn@gmail.com 2. สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ 3. นางสุภาพร ทัพพะวัฒนะ/ นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ สำนักบริหารการสาธารณสุข โทร. 0 2590 1648 E-mail : hui_ubn9nurse@hotmail.com

**ตัวชี้วัด :** ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ภายใน 28 วัน

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1 – 2	ขั้นตอนที่ 1 – 4	ขั้นตอนที่ 1 – 6	ขั้นตอนที่ 1 – 7

**วิธีการประเมินผล :**

ขั้นตอนที่ 1 มีคณะกรรมการพัฒนา และจัดระบบบริการทารกน้ำหนักตัวน้อย

ขั้นตอนที่ 2 มีข้อมูลพื้นฐาน และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 3 มีแผนพัฒนาศักยภาพสถานบริการ

ขั้นตอนที่ 4 จัดการอบรมกู้ชีพ และส่งต่อทารกแรกเกิด สำหรับบุคลากร

ขั้นตอนที่ 5 จัดทำแนวทางการดูแล และส่งต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ขั้นตอนที่ 6 ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ 3% จากเดิม

ขั้นตอนที่ 7 สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ตามเป้าหมาย

**เอกสารสนับสนุน :**

1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด  
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข
2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2556

ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	20. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา (รอบปรับ)
คำนิยาม	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือ คัด กรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานข้อมูลจากสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 – 12
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ข้อมูลสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 - 12 3. ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล (คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:kavalinc@hotmail.com">kavalinc@hotmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div> <div> <div>2. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:chittima219@gmail.com">chittima219@gmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div> <div> <div>3. นางสมลิณี เกษมศิลป์</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:somnee@hotmail.com">somnee@hotmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:kavalinc@hotmail.com">kavalinc@hotmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div> <div> <div>2. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:chittima219@gmail.com">chittima219@gmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div> <div> <div>3. นางสมลิณี เกษมศิลป์</div> <div>โทรศัพท์มือถือ:</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน: 02 590 1637</div> <div>E mail <a href="mailto:somnee@hotmail.com">somnee@hotmail.com</a></div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> </div>

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา

**เกณฑ์การประเมิน**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 3-5	ขั้นตอนที่ 3-5	ขั้นตอนที่ 3-6

**วิธีการประเมิน**

ขั้นตอนที่ 1 มีการจัดทำแผนการดำเนินการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 มีแนวทาง หรือ คู่มือ การดำเนินการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตา

ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลให้ได้รับการตรวจจอประสาทตาโดย จักษุแพทย์ หรือใช้ Fundus Camera

ขั้นตอนที่ 4 มีแนวทางการดูแล รักษาผู้ป่วยเบาหวานที่พบปัญหาที่จอประสาทตา

ขั้นตอนที่ 5 มีแนวทางการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 6 วิเคราะห์ สรุปผล และปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการพัฒนาต่อไป

**เอกสารสนับสนุนการดำเนินงาน :**

1. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
2. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา
3. คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยโรคตาเบื้องต้นสำหรับพยาบาล



ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	21. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (รอปรับ)
คำนิยาม	ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง 1.1 ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ 1.2 ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน 70 - 130 มก./ดล. โดยเป็นค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจติดตามในคลินิกเบาหวานตามนัดในปีงบประมาณ 2557 หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจติดตามในคลินิกบริการ ในปี 2557
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจติดตามในคลินิกบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3985 E-mail : jurekong@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกนกวรรณ พิงค์รัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com 2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com 3. นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40)

#### เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุข

รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่	1-3	1-6	1-6	1-7

#### วิธีการประเมินผลสถานบริการสาธารณสุข

##### สถานบริการสาธารณสุข

ชั้นตอนที่ 1 ฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

ชั้นตอนที่ 2 มีระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าถึงบริการและผลการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด

ชั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจติดตามค่าน้ำตาลโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เรียงตามศักยภาพสถานบริการดังนี้

-ตรวจวัดระดับ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือ

-ตรวจวัดค่าระดับ FPG อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือ

-ตรวจวัดค่าระดับ FCG อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ชั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยา

ชั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือปรับยาตามความเหมาะสม รวมทั้งติดตามผลลัพธ์

ชั้นตอนที่ 6 รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)

ชั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อปรับระบบการให้บริการในปีต่อไป

#### ประเด็นการตรวจราชการ

เน้นเป้าหมายผลลัพธ์ระยะกลาง : ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในปี 2556 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่	1	1-3	1-3	1-4

ชั้นตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในปี 2556 และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการตรวจติดตาม

ชั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในปี 2556 ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยา

ชั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในปี 2556 ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือปรับยาตามความเหมาะสมรวมทั้งติดตามผลลัพธ์

ชั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อปรับระบบการให้บริการในปีต่อไป

#### เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554
2. คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง
3. หนังสือ TCEN เบาหวาน

สามารถ download คู่มือ/หนังสือบางฉบับได้ที่เว็บไซต์สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ <http://www.dms.moph.go.th/imrta/>

ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	22. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (รอบปรับ)
คำนิยาม	<p>ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน &lt;140/90 มม.ปรอท.</li> <li>2. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน &lt;140/80 มม.ปรอท</li> </ol> <p>หมายเหตุ : ปี 2557 ค่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ปรับจาก &lt;130/80 มม.ปรอท เป็น&lt;140/80 มม.ปรอท</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามในคลินิกความดันโลหิต /คลินิกเบาหวาน/คลินิกโรคเรื้อรัง/คลินิกอายุรกรรม ในปี 2557
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ มารับการตรวจติดตามในคลินิกบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>แพทย์หญิงจิรพร คงประเสริฐ โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-3985</p> <p>E-mail : jurekong@gmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>2. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>3. นางสุนันท์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50)				
เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุข				
รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่	1-3	3-6	3-6	3-7
วิธีประเมินผลสถานบริการสาธารณสุขขั้นตอน				
สถานบริการสาธารณสุข				
ขั้นตอนที่ 1 ฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี/ไม่มีเบาหวานร่วม ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
ขั้นตอนที่ 2 มีระบบติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ฯ ให้เข้าถึงบริการและผลการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด				
ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี/ไม่มีเบาหวานร่วม ได้รับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (รายงานผลการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล21/43แฟ้ม)				
ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดีตามเกณฑ์ ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยา				
ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดีตามเกณฑ์ ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือปรับยาตามความเหมาะสม รวมทั้งติดตามผลลัพธ์				
ขั้นตอนที่ 6 รายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี/ไม่มีเบาหวานร่วม ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)				
ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อปรับระบบการให้บริการในปีต่อไป				
ประเด็นการตรวจราชการ				
เน้นเป้าหมายผลลัพธ์ระยะกลาง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ในปี 2556 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้				
รายไตรมาส	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน	1	1-3	1-3	1-4
ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ในปี 2556 และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจติดตาม				
ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ในปี 2556 ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยา				
ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ในปี 2556 ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือปรับยาตามความเหมาะสม รวมทั้งติดตามผลลัพธ์				
ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อปรับระบบการให้บริการในปีต่อไป				
เอกสารสนับสนุน				
1. คู่มือการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง				
2. คู่มือการตรวจติดตามความดันโลหิต				
3. สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
4. หนังสือ TCEN ความดันโลหิตสูง				
5. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป				

6. ตัณณบับสือวืตืทศัณการอบรมเชิงปฏิบัติการหลัการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

7. ตัณณบับคู่มือการวัดความดันโลหิต

สามารถ download คู่มือ/หนังสือบางฉบับได้ที่เว็ บไซด์สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ <http://www.dms.moph.go.th/imrta/>

ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	23.ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stoke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น 23.1 การพัฒนาบริการ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน SFT (Stroke Fast Track)
คำนิยาม	การพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำSFT (Stroke Fast Track) หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้การรักษผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึงประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด I63 –I66 ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลที่ให้การรักษผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำSFT (Stroke Fast Track) โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาล ต่อเขตเครือข่าย โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาล ต่อเขตเครือข่าย โรงพยาบาล ระดับ M1 เพิ่มจากเดิม 1โรงพยาบาล ต่อเขตเครือข่ายที่เข้าร่วมบริการ* นี้ กับโรงพยาบาลระดับ A , S ในเขตบริการเดียวกัน การเข้าร่วม* หมายถึง การมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการ รับส่งต่อ และมีการส่งต่อเกิดขึ้น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ให้โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำSFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันรายงานสู่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S / ที่มีการพัฒนาบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในปี2557 A2 =จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1. ที่มีการพัฒนา และเข้าร่วมบริการSFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตันนี้ กับโรงพยาบาลระดับ A , S ในเขตบริการเดียวกัน ในปี 2557
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S . ที่มีการพัฒนาบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน ในปี2556 B2 =จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1. ที่มีการพัฒนาบริการSFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตันนี้กับโรงพยาบาลระดับ A , S ในเขตบริการเดียวกัน ในปี 2556
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1 - B (สำหรับรพ ระดับ A,S) , A2 - B2 (สำหรับรพ.ระดับ M1 )
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานทาง E-mail หรือส่งข้อมูลผ่าน สสจ. ทุก 3 เดือน ประเมินปีละ 2 ครั้ง

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สมชาย ไตวนะบุตร โทรศัพท์มือถือ : 086-397-9637 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : s_towanabut@yahoo.com</p> <p>2. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>3. แพทย์หญิงทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-821-3382 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2245 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : neeneetanti@gmail.com</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวศิริลักษณ์ แซ่บ่าง โทรศัพท์มือถือ : 089-0266925 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899ต่อ 2176 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : ssirilak@hotmail.com</p> <p>2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com</p>

<b>ตัวชี้วัด :</b> การพัฒนาบริการ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน SFT (Stroke Fast Track)			
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-6	ขั้นตอนที่ 1-7
<b>วิธีการประเมิน</b> ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานในระดับเขต ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน / ภายนอกจังหวัด ขั้นตอนที่ 4 จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล ขั้นตอนที่ 5 ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ stroke awareness / alert ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service) ขั้นตอนที่ 7 จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke ในเขต (guide lines and care-map) ที่เป็นลาย			
<b>เอกสารสนับสนุน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>2. แนวทางการจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>3. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน</li> </ol>			



ตัวชี้วัดคุณภาพการ บำบัดรักษา	23.ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น 23.2 การจัดตั้งหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU(Stroke Unit)เพื่อบริการผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
คำนิยาม	การจัดตั้ง SU(Stroke Unit) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาบริการหออภิบาลโรค หลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด ที่มีอาการ สอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด I 63 -I66 ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลมีหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ให้โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาบริการหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง รายงานสู่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S ที่มีการพัฒนาบริการ หออภิบาลโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี2557
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S ที่มีการพัฒนาบริการ หออภิบาลโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี2556
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - B
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานทาง E-mail หรือส่งข้อมูลผ่าน สสจ. ทุก 3 เดือน ประเมินปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมชาย โตวนะบุตร โทรศัพท์มือถือ : 086-397-9637 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : s_towanabut@yahoo.com 2. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : suchathanc@yahoo.com 3. แพทย์หญิงทัศนีย์ ดันดิฤทธิศักดิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-821-3382 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2245 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : neeneetanti@gmail.com
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวศิริลักษณ์ แซ่บ่าง โทรศัพท์มือถือ : 089-0266925 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899ต่อ 2176 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : ssirilak@hotmail.com 2. นางกนกวรรณ พิงรัมย์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8 โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com

**ตัวชี้วัด :** การจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU (Stroke Unit) เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-7	ขั้นตอนที่ 1-10	ขั้นตอนที่ 1-13

#### วิธีการประเมิน

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน/ภายนอกจังหวัด

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง stroke awareness / alert

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service)

ขั้นตอนที่ 7 จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke (guide lines and care-map) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 8 จัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาลเป้าหมาย (ตาม stroke service ของกระทรวงฯ)

ขั้นตอนที่ 9 จัดทำแนวทางส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 10 ร่วมเป็นเครือข่ายการส่งต่อ และเครือข่ายวิชาการ

ขั้นตอนที่ 11 จัดเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 12 เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 13 ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน

#### เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการรักษาโรค หลอดเลือดสมองอุดตัน
2. แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวทางการจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง
4. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

ตัวชี้วัดพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน	23. ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stoke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น 23.3 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการประเมินหรือวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักและได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด SFT (Stroke Fast Track) และ/หรือ</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU(Stroke Unit)และ/หรือ</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด *Antiplatelet drugs ภายใน 48 ชั่วโมง</li> </ul> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึงประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด I63 –I66 และรับเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ให้โรงพยาบาลที่มีการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลรักษา รายงานสู่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทั้งหมดในช่วงเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานทาง E-mail หรือส่งข้อมูลผ่าน สสจ.ทุก 6 เดือน ประเมินปีละ 2 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สมชาย โตวนะบุตร โทรศัพท์มือถือ : 086-397-9637 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : s_towanabut@yahoo.com</p> <p>2. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>3. แพทย์หญิงทัศนีย์ ดันดิฤทธิศักดิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-821-3382 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2245 โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : neeneetanti@gmail.com</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวศิริลักษณ์ แซ่บ่าง โทรศัพท์มือถือ : 089-0266925

	โทรศัพท์สำนักงาน : 02-306-9899 ต่อ 2176      โทรสาร : 02-306-9899 E-mail : ssirilak@hotmail.com 2. นางกนกวรรณ พิงรัมย์      โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1637-8      โทรสาร : E-mail : refermoph@hotmail.com
--	--

**หมายเหตุ:** ไม่นับรวม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น  
 โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่อุดตัน มีภาวะเลือดออก ร่วมด้วย  
 หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตัวชี้วัด : การจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU (Stroke Unit) เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมิน			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-7	ขั้นตอนที่ 1-10	ขั้นตอนที่ 1-13

วิธีการประเมิน

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน /ภายนอกจังหวัด

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง stroke awareness/alert

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service)

ขั้นตอนที่ 7 จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke (guide lines and care-map) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 8 จัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาลเป้าหมาย (ตาม stroke service ของกระทรวงฯ)

ขั้นตอนที่ 9 จัดทำแนวทางส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 10 ร่วมเป็นเครือข่ายการส่งต่อ และเครือข่ายวิชาการ

ขั้นตอนที่ 11 จัดเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 12 เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 13 ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการรักษาโรค หลอดเลือดสมองอุดตัน

2. แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวทางการจัดตั้งหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง

4. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะ	24. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (รอบปรับ)
คำนิยาม	ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจได้รับการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด หยุดติดยาและสรุปผลการติดตาม “หยุดได้/เลิกได้” ในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานแบบ บสต.5
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนดและมีช่วงระยะเวลาห่างจากวันจำหน่ายมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีและสรุปสิ้นสุดการติดตามว่าหยุดได้/เลิกได้
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนดและสิ้นสุดการติดตามทั้งหมด(ไม่นับรวมสรุปจบและเสียชีวิต) นับความสำเร็จตามช่วงเวลา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน โดยทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง,สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 6 แห่ง กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div>1. นางลินลา ตู่เอี้ยง</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 089-481-9199</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1629</div> <div>โทรสาร : 02-590-1634</div> <div>E-mail :</div> </div> <div> <div>2. นางกฤติกา เฉิดโฉม</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 081-898-1147</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1629</div> <div>โทรสาร : 02-590-1634</div> <div>E-mail :</div> </div> <div> <div>3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 089-105-0344</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1629</div> <div>โทรสาร : 02-590-1634</div> <div>E-mail :</div> </div> <div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> <div>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div> </div>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div>1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 089-105-0344</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1629</div> <div>โทรสาร : 02-590-2457</div> <div>E-mail :</div> </div> <div> <div>2. นางกฤติกา เฉิดโฉม</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 081-898-1147</div> <div>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1629</div> <div>โทรสาร : 02-590-1634</div> <div>E-mail :</div> </div> <div> <div>สำนักบริหารการสาธารณสุข</div> <div>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div> </div>

ตัวชี้วัด : ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ (ร้อยละ 80)

**เกณฑ์การประเมิน:**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5

**วิธีการประเมินผล:**

ขั้นตอนที่ 1 มีแผนงานโครงการดำเนินงานยาเสพติดที่สอดคล้องกับปัญหายาเสพติดของพื้นที่และท้องถิ่น และมีการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตามนโยบายกระทรวงฯ/กรมต่างๆ/สำนักงาน ป.ป.ส.ภาค / เขต

ขั้นตอนที่ 2 มีแนวทางในการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 3 มีแนวทางในการบำบัดรักษา และการส่ง-ต่อการบำบัดรักษา ระหว่างกระทรวงฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 4 มีแนวทางในการติดตามและการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดหลังการบำบัด

ขั้นตอนที่ 5 มีการลงข้อมูลในระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) ทาง <http://antidrug.moph.go.th> เป็นปัจจุบัน และผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

**เอกสารสนับสนุน:**

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) ทาง <http://antidrug.moph.go.th>

ตัวชี้วัด	25. ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาตามที่กำหนด
คำนิยาม	<p><b>ข้อร้องเรียนของผู้บริโภค</b> หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับบริการด้านสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ ในด้านความไม่ปลอดภัย ความไม่เป็นธรรม ความเสียหาย จากบริการ หรือได้รับผลกระทบด้านอื่นๆ</p> <p><b>ผู้รับบริการด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ประชาชน/บุคคล/องค์กรที่เป็นผู้รับบริการด้านบริการสุขภาพจาก สถานบริการสุขภาพ สถานพยาบาลภาคเอกชนหรือบุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะ</p> <p><b>ผลลัพธ์สุขภาพ</b> หมายถึง ผลลัพธ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำกับดูแล 8 ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย (ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ และสารระเหย</p> <p><b>ได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด</b> หมายถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบ ตามกำหนดเวลา ดังนี้</p> <p>1) กรณีเป็นเรื่องที่ไม่ได้อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง</p> <p>2) กรณีเป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ระยะเวลาตามประกาศกรณีไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา ให้แจ้งผู้ร้องทราบ และรายงาน ปัญหา/อุปสรรคต่อผู้บริหาร</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 98
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคและผู้รับบริการด้านสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนข้อร้องเรียนของผู้บริโภคและผู้รับบริการด้านสุขภาพที่ได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนข้อร้องเรียนของผู้บริโภคและผู้รับบริการด้านสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ความถี่การรายงาน	ทุก 3 เดือน
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน



หน่วยงานประมวลผล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
หน่วยงานที่รายงาน	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	<p>นายธงชัย สาระกุล เบอร์มือถือ 087 979 4088</p> <p>นางนาคยา ไทนิยม เบอร์มือถือ 085 487 4021</p> <p>นายนพดล มุสิก เบอร์มือถือ 087 477 3288</p> <p>นายรณชัย ฐานกมมา เบอร์มือถือ 085 246 3202</p> <p>นางวรรณรัตน์ เจากระจำง เบอร์มือถือ 085 4874025</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร. 0 2590 2999 ต่อ 1707 – 13</p> <p>นายศุภกาญจน์ โภคัย โทร 02-590-7125 เบอร์มือถือ 081 682 9114</p> <p>นางวาริรัตน์ เลิศนที โทร. 02-590-7410 เบอร์มือถือ 085 485 1386</p> <p>นายอาทิตย์ พันเดช โทร. 02-590-7383 เบอร์มือถือ 084 795 6951</p> <p>นายสมศักดิ์ สุหร่ายพรหม โทร. 02-590-7385 เบอร์มือถือ 081 712 5541</p> <p>น.ส.จิตธาดา แซ่เจริญ โทร. 02-590-7292 เบอร์มือถือ 081 841 5786</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นายธงชัย สาระกุล เบอร์มือถือ 087 979 4088</p> <p>นางนาคยา ไทนิยม เบอร์มือถือ 085 487 4021</p> <p>นายนพดล มุสิก เบอร์มือถือ 087 477 3288</p> <p>นายรณชัย ฐานกมมา เบอร์มือถือ 085 246 3202</p> <p>นางวรรณรัตน์ เจากระจำง เบอร์มือถือ 085 4874025</p> <p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร. 0 2590 2999 ต่อ 1707 – 13</p>

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาตามที่กำหนด (98)

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 3-5	ขั้นตอนที่ 3-5	ขั้นตอนที่ 3-5	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 5
60	70	80	90	98

**วิธีการประเมินผล :**

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ/ คณะทำงานบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมทบทวนการมอบอำนาจและขอบเขตการดำเนินงานของส่วนภูมิภาค กำหนดแนวทางหรือขั้นตอนการดำเนินงานระบบการรับเรื่องร้องเรียน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนและระบบรายงานเรื่องร้องเรียน

3.1. รับเรื่องร้องเรียนจากทุกช่องทางที่กำหนด

3.2. ดำเนินการลงทะเบียนรับเรื่องร้องเรียนเพื่อจัดทำฐานข้อมูลกลาง

3.3. การรวบรวมข้อร้องเรียนให้แก่ประธานคณะกรรมการอำนวยการ /คณะทำงานบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนพิจารณา มอบหมายให้หน่วยงานรับผิดชอบตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

3.4. ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนตามประเภทของการร้องเรียนดังนี้

- หลักเกณฑ์การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคด้านการให้บริการสุขภาพ และการโฆษณาบริการสุขภาพหรือบุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะ

- หลักเกณฑ์การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.5 ดำเนินการรายงานผลต่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบและแจ้งผลการดำเนินการแก่ผู้ร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนดตามประเภทของเรื่องร้องเรียน

ขั้นตอนที่ 4 การรายงานผลดำเนินงานเรื่องร้องเรียนเป็นรายไตรมาส 3,6,9,12

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการรวบรวมสรุป วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และแนวการแก้ไขปัญหา รายงานผลการต่อผู้บริหารทั้งระดับกรมฯที่รับผิดชอบและรายงานผลการดำเนินงานภาพรวมของเรื่องร้องเรียนในระดับกระทรวงต่อไป

**เงื่อนไขหรือหมายเหตุ**

**1. เงื่อนไขของเรื่องร้องเรียนที่จะต้องผ่านการประเมินผลในตัวชี้วัดนี้ คือ**

1.1 เรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคเฉพาะที่ส่งมายัง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเขตบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเขตบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น

1.2 เรื่องร้องเรียนนั้นต้องมีการลงชื่อของผู้ร้องเรียน และที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์อย่างชัดเจน เพื่อจะสามารถติดต่อประสานเรื่องหรือข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ร้องเรียนเท่านั้น

2. ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาการร้องเรียนของผู้บริโภคภายในกำหนด(ตามตัวชี้วัด) ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของเรื่อง  
ที่ร้องเรียนเข้ามามีดังนี้
  - 2.1. หลักเกณฑ์การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคด้านการให้บริการสุขภาพ และการโฆษณาบริการสุขภาพ  
หรือบุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะ
  - 2.2. หลักเกณฑ์การดำเนินงานเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
3. การนับระยะเวลา ให้เริ่มนับตั้งแต่วันที่ปรากฏอยู่ในเขตข้อมูล (field) “วันที่รับ” ของระบบงานบริหารเรื่องร้องเรียน  
ของแต่ละหน่วยงาน
4. การกำหนดว่า เรื่องร้องเรียนเรื่องใด จะเข้าอยู่กลุ่มใดของเกณฑ์ระยะเวลาการแก้ไขปัญหาการร้องเรียนของ  
ผู้บริโภคนั้น ให้มีการจัดลำดับชั้นความสำคัญของเรื่องร้องเรียน โดยกำหนดประเภทของเรื่องร้องเรียนที่ต้อง  
ดำเนินการอย่างเร่งด่วน ความยุ่งยากและสลับซับซ้อน และเป็นเรื่องร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อประชาชน ในเรื่อง  
ของความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรืออาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ตัวชี้วัดกลุ่มระบบบริการ	26. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆ ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ (รอปรับ)
คำนิยาม	<p>District Health System (DHS) หมายถึง ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งมีการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงาน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน ระบบ สุขภาพอำเภอจึงเป็นการมองสุขภาพในมุมที่กว้าง และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุข</p> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน และที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchment population) และผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพ</p> <p><b>ชุมชนและท้องถิ่น</b> หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การอิสระ(NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>คุณภาพ</b> หมายถึง ผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือเกินระดับสามทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนาที่กำหนด (กลไกบันได 5 ขั้น)</p> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง อำเภอที่มีโรงพยาบาล (รพศ,รพท,รพช) ไม่นับรวมอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน 835 แห่ง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มี District Health System (DHS)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน
แหล่งข้อมูล	งานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System (DHS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 835 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. นางทัศนีย์ สุมาลย์ 2. นางพุลศรี ไชยประสิทธิ์ 3. นางอรุณศรี ตันติวรารณ 4. นางลดาวัลย์ นกหมุด โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1638 </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : 081-927-1907 โทรศัพท์มือถือ : 081-906-0601 โทรศัพท์มือถือ : 081-867-4051 โทรศัพท์มือถือ : 081-273-1010 สำนักบริหารการสาธารณสุข สป. </div> </div>

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางทัศนีย์ สุมามาลย์	โทรศัพท์มือถือ : 081-927-1907
	2. นางพูลศรี ไชยประสิทธิ์	โทรศัพท์มือถือ : 081-906-0601
	3. นางอรุณศรี ตันติวรารณ์	โทรศัพท์มือถือ : 081-867-4051
	4. นางลดาวัลย์ นกหมด	โทรศัพท์มือถือ : 081-273-1010
	โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1638	สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 )

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-6	ขั้นตอนที่ 1-8	ขั้นตอนที่ 1-11

**วิธีการประเมินผล :**

ขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ และประชุมวางแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนากลไกในการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดอำเภอเป้าหมายประจำปี 2557 มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) ตามมาตรฐานแนวทาง UCARE

ขั้นตอนที่ 4 มีการคัดเลือก ODOP มาจาก Essential Care อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่องมีคำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS

ขั้นตอนที่ 5 มีระบบการสนับสนุนและการพัฒนา DHS ตามองค์ประกอบ (UCARE) โดยใช้บันได 5 ขั้นเป็นแนวทาง และยกระดับขึ้นอย่างน้อยหนึ่งขั้นทุกตัวและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมตำบลมากกว่าร้อยละ 50

ขั้นตอนที่ 6 มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจกับทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนการพัฒนาตามประเด็น Essential care

ขั้นตอนที่ 7 มีรายงานติดตาม Progression & Appreciation

ขั้นตอนที่ 8 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด/เขต

ขั้นตอนที่ 9 สรุปผลการพัฒนาในภาพรวมของเขต/จังหวัด

ขั้นตอนที่ 10 มีผลงาน Good practice (อำเภอ/ตำบลตัวอย่าง) ที่สามารถบอกได้ว่า ประชาชนได้รับการดูแลหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างไร

ขั้นตอนที่ 11 ร้อยละของอำเภอที่มี DHS ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

**เอกสารสนับสนุน :**

1. แนวทางการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ
2. แนวทางการประเมินเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ

**ยุทธศาสตร์ที่ 3**  
**พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ**

ตัวชี้วัดบุคลากร	<p>1. มีแผนกำลังคนและดำเนินการตามแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการบริหารจัดการการกระจายบุคลากรในเขต/จังหวัด</li> <li>● มีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน</li> <li>● มีการใช้ FTE</li> <li>● มีการบริหารจัดการ Labor cost ที่เหมาะสมในเขต/จังหวัด</li> </ul>
คำนิยาม	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนกำลังคน จัดทำเป็นกรอบอัตรากำลัง เพื่อการบริหารจัดการและกระจายกำลังคนไปในเครือข่ายบริการ ที่มีความขาดแคลนกำลังคนรวมทั้งปรับระบบการจ้างงานแนวใหม่ให้สอดคล้องกับการปรับระบบบริการด้านสุขภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2557-2558
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. คำสั่งจากจังหวัด เจ้าหน้าที่ส่วนกลางจะป้อนข้อมูลเข้าฐานข้อมูล</p> <p>2. คำสั่งที่ออกโดยส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ส่วนกลางจะป้อนข้อมูลเข้าฐานข้อมูลและโดยระบบ</p> <p>3. มีการประมวลผลเพื่อออกรายงานตาม ภารกิจ โดยข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลบุคคล</li> <li>- ข้อมูลตำแหน่ง</li> <li>- ข้อมูลส่วนราชการ</li> <li>- ข้อมูลเงินเดือน</li> <li>- ข้อมูลการศึกษา</li> </ul> <p>และข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการบริหารงานบุคคล</p>
แหล่งข้อมูล	คำสั่งซึ่งออกโดยจังหวัด กรม และกระทรวง รวมทั้งมติดีอื่น ๆ เช่น มติ อ.ก.พ. , มติ ก.พ.
รายการข้อมูล1	-
รายการข้อมูล2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นางอุดมสิน ทวีศรีอำนาจ โทรศัพท์มือถือ : 080-073-0453</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1355 โทรสาร : 02-590-1355</p> <p>E-mail : udomsin.person@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานอัตรากำลัง กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>





ตัวชี้วัดการเงินการคลัง	2. ด้านการเงิน มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/ จังหวัด การบริหารงบประมาณ การลงทุนร่วมกัน การบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน 2.1 มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/จังหวัด
คำนิยาม	1.การจัดทำแผนระดับเขตและจังหวัดหมายถึง 1.1 การจัดทำแผนการบริหารงบประมาณร่วมระดับเขตและจังหวัดหมายถึงการ จัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินนอก งบประมาณที่คาดการณ์ล่วงหน้าของปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยบริการ สำหรับการกำกับติดตามงานและควบคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละไตรมาส ตามแบบ ประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2557 (แบบ1) ที่เผยแพร่ใน เว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a> โดยมีการมีส่วนร่วม ตรวจสอบรับรองแผน และปรับเกลี่ยงบประมาณจากรายได้แหล่งต่างๆ จากจังหวัด และเขตบริการสุขภาพที่สังกัด 1.2 การดำเนินงานตามแผน หมายถึง การดำเนินงานและบริหารงานตามแผน ประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย แผนการลงทุนร่วม และแผนการบริหาร เวชภัณฑ์ร่วมกัน ที่กำหนดไว้
เกณฑ์เป้าหมาย	1.หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนบริหารการเงินการคลังร่วม ร้อยละ 100 2.เครือข่ายบริการในระดับเขต และจังหวัดมีค่าใช้จ่ายลดลงในภาพรวมร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บจากรายงานการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายระดับ หน่วยบริการ ระดับจังหวัดและระดับเขตทางเว็บไซต์ <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a> 2.รายงานค่าใช้จ่ายหมวดต้นทุนแปรผันที่ลดลงรายไตรมาสเทียบกับไตรมาสเดียวกัน ปีก่อนจากบัญชีเกณฑ์คงค้างของทุกโรงพยาบาลจำแนกรายเขต และจังหวัด
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล1	A1= จำนวนหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่จัดทำแผนและมีการ ดำเนินงานตามแผนการบริหารงบประมาณ A2 = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่จัดทำแผน และมีการดำเนินงานตามแผนการบริหารงบประมาณ A3 = ค่าใช้จ่ายรวมของหน่วยบริการทุกหน่วยในเขตหมวดต้นทุนแปรผันในแต่ละ ไตรมาสของปี 2557 A4 = ค่าใช้จ่ายรวมของหน่วยบริการทุกหน่วยในจังหวัดหมวดต้นทุนแปรผันในแต่ ละไตรมาสของปี 2557
รายการข้อมูล2	B1=จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

	<p>B2 = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>B3 = ค่าใช้จ่ายรวมของหน่วยบริการทุกหน่วยในเขตหมวดต้นทุนแปรผันในแต่ละ ไตรมาสของปี 2556</p> <p>B4 = ค่าใช้จ่ายรวมของหน่วยบริการทุกหน่วยในจังหวัดหมวดต้นทุนแปรผันในแต่ละ ไตรมาสของปี 2556</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>กรณีการมีแผนการบริหารงบประมาณและมีการดำเนินงานตามแผนการบริหาร งบประมาณระดับเขต <math>= (A1/B1 \times 100)</math> และระดับจังหวัด <math>= (A2/B2 \times 100)</math></p> <p>กรณีความสามารถลดค่าใช้จ่ายหมวดต้นทุนแปรผันระดับเขต <math>= ((A3-B3)/B3 \times 100)</math> และ ระดับจังหวัด <math>((A4-B4)/B4 \times 100)</math></p>
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ</p> <p>1.นายแพทย์บัญชา คำของ</p> <p>2.นางอมรรัตน์ พิระพล</p> <p>ผู้ประสานตัวชี้วัด</p> <p>1.นางอมรรัตน์ พิระพล</p> <p>2. นางกวิณนาถ แนนหนา</p> <p>3.นางสาวศัญญาภัทร์ จำรัสอิวัฒน์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1797, 02-590-2417, 02-590-2416</p> <p>โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางอมรรัตน์ พิระพล</p> <p>2. นางกวิณนาถ แนนหนา</p> <p>3.นางสาวศัญญาภัทร์ จำรัสอิวัฒน์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1797, 02-590-2417, 02-590-2416</p> <p>โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ตัวชี้วัด : มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินงานตามแผนการบริหารงบประมาณร่วมของเขตสุขภาพ/จังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

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

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

1) เครือข่ายบริการในระดับเขตและจังหวัดรับฟังการประชุมชี้แจงการดำเนินงานบริหารงบประมาณ โดยใช้แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2557

2) ภายใน 15 ต.ค. 56 หน่วยบริการจัดทำรายงานในแผนประมาณการรายได้ – ควบคุมค่าใช้จ่ายรายงานทางเว็บไซต์ <http://planfin.cfo.in.th> ประกอบด้วย

2.1) ประมาณการปี2557 (ข้อมูลหน่วยบริการ)

2.2) รายได้ – ค่าใช้จ่ายที่ควบคุมปี 2557

ขั้นตอนที่ 2

1) ภายใน 22 ต.ค. 56 จังหวัดตรวจสอบและลงนามเห็นชอบแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในกำกับ

2) ภายใน 31 ต.ค. 56 เขตตรวจสอบและรับรองแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในกำกับภายใน

3) ภายใน 31 ธันวาคม 2556 หน่วยบริการทบทวนและปรับแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2557 ต้นปี (กรณีมีความคลาดเคลื่อน)

4) ภายใน 31 ธันวาคม 2556 เขตพิจารณาปรับยอดรับ-จ่ายให้สอดคล้องกับงบจัดสรรช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 3

1) หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ2557 ร้อยละ100

ขั้นตอนที่ 4

1) ภายในเดือนเมษายน2557 หน่วยบริการปรับแผนประมาณการรายได้ควบคุมค่าใช้จ่ายครึ่งปี

2) ภายใน 30 มิถุนายน 2557 เขตพิจารณาปรับเกลี่ยงบช่วยเหลือ

ขั้นตอน 5

เครือข่ายบริการในระดับเขตและจังหวัดมีค่าใช้จ่ายหมวดต้นทุนแปรผันแปรจากบัญชีเกณฑ์คงค้างตกลงในภาพรวม ร้อยละ10

**การสนับสนุน :**

**การดำเนินงานบริหารงบประมาณ** เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตบริการ โดยใช้แผน  
ประมาณการรายได้- ควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2557 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มประกัน  
สุขภาพ ได้สนับสนุนการดำเนินการระดับเขตและจังหวัด ดังนี้

กิจกรรมที่สนับสนุนระดับเขตและจังหวัด	รายละเอียดการสนับสนุน
1.ระบบรายงานข้อมูลแผนประมาณการ รายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายปีงบประมาณ 2557	<ul style="list-style-type: none"><li>• เว็บไซต์รายงานแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2557 <a href="http://planfin.cfo.in.th">http://planfin.cfo.in.th</a></li><li>• แบบฟอร์มแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2557</li><li>• ข้อมูลประมาณการปี 2557 (ข้อมูลกลุ่มประกันสุขภาพ)</li><li>• ข้อมูลผลการดำเนินงานรายไตรมาสโดยนำมาจากฐานข้อมูล บัญชีเกณฑ์คงค้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li></ul>
2. ประชุมชี้แจงแก่เครือข่ายระดับเขต และระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"><li>• ครั้งที่ 1 วันที่ 5 ตุลาคม 2556 ณ โรงแรมฝั่งหวาน รีสอร์ทและสปา จ.กาญจนบุรีในการประชุมเชิงปฏิบัติการบูรณาการงานพัฒนา ศักยภาพเขตบริการสุขภาพ</li><li>• ครั้งที่ 2 วันที่ 10 ตุลาคม 2556 ชี้แจงผ่าน VDO Conference</li></ul>
3.พัฒนาผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินระดับ จังหวัดและหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"><li>• วันที่ 18 – 28 พฤศจิกายน 2556</li></ul>
4.จัดระบบสนับสนุนการสื่อสารเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teleconference</li><li>• Skype</li><li>• SMS</li><li>• Data center on cloud</li></ul>
5.ฐานข้อมูลการเงินการบัญชีหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"><li>• ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายขั้นต่ำของหน่วยบริการ (Minimum Operating Cost :MOC)</li><li>• ฐานข้อมูลบัญชีระบบเกณฑ์คงค้าง</li></ul>

ตัวชี้วัดการเงินการคลัง	2. ด้านการเงิน มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/ จังหวัด การบริหารงบประมาณ การลงทุนร่วมกัน การบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน 2.2 แผนการลงทุนร่วม
คำนิยาม	แผนลงทุนร่วมหมายถึง แผนการลงทุนร่วม หมายถึง การจัดทำแผนใช้ทรัพยากร ทั้งครุภัณฑ์ และที่ดิน สิ่งก่อสร้างร่วมกัน (Resource sharing) เพื่อลดการลงทุน โดยคำนึงถึง ความจำเป็น ความคุ้มค่า สอดคล้องกับนโยบายการจัดบริการแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนการลงทุนร่วม ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับเขตและ ระดับจังหวัด ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุก แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการจัดทำแผนและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการลงทุนร่วม ของเขตสุขภาพและจังหวัด
แหล่งข้อมูล	เขตและจังหวัด
รายการข้อมูล1	A1= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีแผนการลงทุน ร่วมกัน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล2	B1=จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับเขต = $(A1/B1*100)$ ระดับจังหวัด = $(A2/B2*100)$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข 2.นางบุษบา บุษยพลกร กลุ่มงานยุทธศาสตร์ 02-5901762
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว กลุ่มพัฒนาระบบสนับสนุนเขต 10,11,12 โทร 02-5901689 2.นางณปภัช นฤคนธ์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โทร 02-5901763 3.นางนภาพิณ จันได กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โทร 02-5901757

ตัวชี้วัด : แผนการลงทุนร่วม				
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-6
<p>วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 6 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนงบลงทุนร่วมจากทุกแหล่งงบประมาณ ในระดับเขต/จังหวัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในระดับเขต/จังหวัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนความต้องการงบลงทุนร่วม ในระดับเขต/จังหวัด ระยะเวลา 3 – 5 ปี</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำและวิเคราะห์แผนความต้องการและความพร้อมของงบลงทุนร่วม จากทุกแหล่งงบประมาณ ในระดับเขต/จังหวัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 การสรุปภาพรวมแผนความต้องการงบลงทุนร่วม ในระดับเขต/จังหวัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 6 การเสนอแผน/ปรับแผนการลงทุนร่วม ในระดับเขต/จังหวัด</p>				
เอกสารสนับสนุน :				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต</li> <li>2. การสรุปภาพรวมแผนการลงทุนร่วม ในระดับเขต จากทุกแหล่งงบประมาณ</li> </ol>				

ตัวชี้วัดการเงินการคลัง	2. ด้านการเงิน มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/ จังหวัด การบริหารงบประมาณ การลงทุนร่วมกัน การบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน 2.3 แผนการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน
คำนิยาม	แผนการบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน หมายถึง การจัดทำแผนบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน เพื่อการ สำรองและลดต้นทุนโดยคำนึงถึง ความคุ้มค่า ทั้งในด้านราคา ปริมาณการใช้ยา เวชภัณฑ์สำหรับให้บริการด้านสุขภาพ เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและดำเนินการถูกต้องตามระเบียบพัสดุ สอดคล้องกับนโยบายการ จัดบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	1.หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนการบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุ การแพทย์ร่วม ร้อยละ 100 2.เครือข่ายบริการในระดับเขต และจังหวัดมีค่าใช้จ่ายลดลงในภาพรวมร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับเขตและ ระดับจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุก แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บจากรายงานรวบรวมการจัดทำแผนแผนการบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน ของเขตสุขภาพและจังหวัด 2.รายงานค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน เป็นรายเขต และจังหวัด
แหล่งข้อมูล	เขตและจังหวัด
รายการข้อมูล1	A1= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีแผนการบริหาร ยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีแผนการ บริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน A3 = ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกันระดับ เขต A4 = ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกันระดับ จังหวัด
รายการข้อมูล2	B1=จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน B3 = ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกันระดับ เขต B4 = ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกันระดับ จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับเขต $= (A1/B1 \times 100)$ ระดับจังหวัด $= (A2/B2 \times 100)$ ระดับเขต $= (A3/B3 \times 100)$ ระดับจังหวัด $= (A4/B4 \times 100)$

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. ภญ.ภัทรอนงค์ จongsiriเลิศ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. ภญ.ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. ภญ.ภัทรอนงค์ จongsiriเลิศ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. ภญ.ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>



**ตัวชี้วัด : แผนการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน**

2.3.1 หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาอื่นร่วม ร้อยละ 100

**เกณฑ์การประเมิน :**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

2.3.2 เครือข่ายบริการในระดับเขตและจังหวัด มีค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาอื่น ลดลงในภาพรวมร้อยละ 10

**เกณฑ์การประเมิน :**

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

**วิธีการประเมินผล :** จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาในระดับเขต/จังหวัด

ขั้นตอน 2 จัดทำรายการยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาเพื่อดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับเขต/จังหวัด

ขั้นตอน 3 กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา/เวชภัณฑ์ และดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับเขต/จังหวัด และแจ้งผลให้โรงพยาบาลต่างๆเพื่อใช้อ้างอิงในการจัดซื้อ รวมทั้งรายงานส่วนกลางทราบ

ขั้นตอน 4 โรงพยาบาลแต่ละแห่งดำเนินการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ตามเงื่อนไข และส่งรายงานการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา (รายไตรมาส)

ขั้นตอน 5 เครือข่ายบริการในระดับเขตและจังหวัด มีค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาอื่น ลดลงในภาพรวมร้อยละ 10

**เอกสารสนับสนุน :**

1. ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วม ยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ระดับเขต/จังหวัด
2. รายงานการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา (จัดซื้อเองและจัดซื้อร่วม) ของหน่วยงาน (รายไตรมาส)

ตัวชี้วัดการเงินการคลัง	3. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่
คำนิยาม	<p>1. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินหมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของเขต และจังหวัดเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย</p> <p>1) ความสามารถกระจายการจัดสรรงบค่าใช้จ่ายทุกหมวดที่ได้รับมอบอำนาจ ให้สอดคล้องกับสถานะการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับ ค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอสามารถจัดบริการประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม</p> <p>2) ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะ และประสิทธิภาพในการบริการการเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน</p> <p>2. ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย</p> <p>1) Current Ratio &lt; 1.5 = 1 คะแนน</p> <p>2) Quick Ratio &lt; 1.0 = 1 คะแนน</p> <p>3) Cash Ratio &lt; 0.8 = 1 คะแนน</p> <p>4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน</p> <p>5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน</p> <p>6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย &lt; 3 เดือน = 2 คะแนน</p> <p>3. หน่วยบริการในพื้นที่หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์ (<a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a>)</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A1= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1=จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p>

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) X 100 (A2/B2) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์บัญชา คำของ 2.นางหิรัญญา ปะดุกา 3.นางอมรรัตน์ พิระพล โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1580, 02-590-1797, 02-590-24170, 02-590-2416 โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568 กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางหิรัญญา ปะดุกา 2.นางอมรรัตน์ พิระพล 3. นางกวิณนาถ แนนหนา 4.นางสาวศศิญาภัทร์ จำรัสอิวัฒน์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1580, 02-590-1797, 02-590-24170, 02-590-2416 โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568 กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่

เกณฑ์การประเมิน :

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

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

1) วันที่ 18-28 พฤศจิกายน 2556 ผู้ปฏิบัติงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง และผู้รับผิดชอบด้านการเงินการบัญชีระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการ เข้าร่วมอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการบัญชีของหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557

ขั้นตอนที่ 2

- 1) ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2556 ข้อมูลบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างของหน่วยบริการมีคุณภาพตามมาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าร้อยละ 90
- 2) ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2556 มีรายงานการเงินมาตรฐานและบทวิเคราะห์ทางการเงินรายโรงพยาบาลรายจังหวัด และรายเขตที่เป็นปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 3

- 1) ตั้งแต่ 31 มกราคม 2557 ถึง 30 เมษายน 2557 หน่วยบริการจัดทำต้นทุนตามโปรแกรมมาตรฐาน โดยใช้ข้อมูลปี 2556 ส่งทางเว็บไซต์ <http://cost.cfo.in.th>

ขั้นตอนที่ 4

- 1) เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2557 เขตสุขภาพและกลุ่มประกันสุขภาพตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
- 2) ภายใน 30 มิถุนายน 2557 มีรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยวิธี Modified Full Cost
- 3) เขตและจังหวัดติดตาม ตรวจสอบ ปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

ขั้นตอนที่ 5 รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมระดับเขตและจังหวัดพบปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่ ไม่เกินร้อยละ 10

เงื่อนไขความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนด

1. ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือนถัดไป หน่วยบริการส่งบทดลองตามผังบัญชีที่ปรับปรุงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ประจำเดือน
2. ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือนหลังสิ้นไตรมาส ระดับจังหวัดส่งผลการประเมินคุณภาพการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการในสังกัดตามเกณฑ์ประเมินการบริหารการเงินการคลังสุขภาพ (Financial Administration Index : FAI ) รายไตรมาส

**การสนับสนุน :**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มประกันสุขภาพ ได้สนับสนุนการดำเนินการระดับเขตและจังหวัด ดังนี้

กิจกรรมที่สนับสนุน	รายละเอียดการสนับสนุน
1.การพัฒนาระบบบัญชีปีงบประมาณ 2557	<ul style="list-style-type: none"> <li>● คู่มือบัญชี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2557 (นโยบายบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งบัญชีภาคสุขภาพ กรอบการบันทึกบัญชีระบบเกณฑ์คงค้าง การตรวจสอบแก้ไขข้อผิดพลาด และการทำรายงานทางการเงิน</li> <li>● เงินสนับสนุนตามคะแนนคุณภาพงบการเงินปี2557</li> </ul>
2. ประชุมชี้แจงแก่เครือข่ายระดับจังหวัด และหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● วันที่ 18-28 พฤศจิกายน2556ชี้แจงโปรแกรมการส่งงบทดลองตามวิธีการบันทึกบัญชีปี 2557 การส่งข้อมูลService data และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</li> </ul>
3.ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ดัชนีแสดงสถานะการเงินตามภาวะวิกฤติทางการเงิน 7 ระดับ</li> <li>● ดัชนีชี้วัดทางการเงินการคลังสุขภาพ</li> <li>● รายงานผลการประเมินสถานะการเงินตามภาวะวิกฤติทางการเงิน 7 ระดับ รายเขต รายจังหวัด และรายหน่วยบริการรายไตรมาสทางเว็บไซต์ <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a></li> <li>● หนังสือรายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายไตรมาส</li> </ul>
4.จัดระบบสนับสนุนการสื่อสารเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Teleconference</li> <li>● Skype</li> <li>● SMS</li> <li>● Data center on cloud</li> </ul>
5.ฐานข้อมูลการเงินสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ฐานข้อมูลการเงินในระบบ MOC (Minimum Operating Cost)</li> <li>● ฐานข้อมูลบัญชีระบบเกณฑ์คงค้าง</li> </ul>

ตัวชี้วัดการเงินการคลัง	4. หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>2. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผ.ใช้จำนวนครั้ง ผ.ป.ในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคา charge ใช้ราคาถูกหนี้ OPD และ ถูกหนี้ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษาแล้ว</p> <p>3. เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean + 1SD) โดยกำหนดต้นทุนผ.ป.นอกและผ.ป.ใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ</p> <p>4. กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <a href="http://www.higthai.org">www.higthai.org</a> และ <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a></p> <p>5. ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ 2 องค์ประกอบ</p> <p>1) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการลดลง การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อลด การลงทุน และการบริหารระบบคลังและการจัดซื้อร่วมเพื่อลดต้นทุน</p> <p>2) การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้ง ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost: MC) ต้นทุนลงทุน (Capital cost) ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost : OC) ลดลงอย่างเหมาะสมต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดย ต้นทุนต่อหน่วยของรพ.ไม่เกินค่าเฉลี่ยรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean + SD) ของกลุ่มระดับบริการ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนโรงพยาบาลในเขตและจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตและจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ</p> <p>2. จัดเก็บจากข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ (<a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a>)</p>
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	<p>A1= จำนวนโรงพยาบาลในเขตที่มีต้นทุนเกิน mean + SD ของกลุ่มระดับบริการ</p> <p>A2= จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีต้นทุนเกิน mean + SD ของกลุ่มระดับบริการ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1=จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต</p> <p>B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$

	(A2/B2) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประธานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์บัญชา คำของ 2.นางอมรรัตน์ พิระพล โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1580, 02-590-1797, 02-590-24170, 02-590-2416 โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568 กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางอมรรัตน์ พิระพล 2.นางสาวสายสุณี เนตร์พริ้ง 3.นางสาวเอมิกา บัวบุชา 4.นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ 5.นางสาวสุพรรณษา พวงสิงห์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1580, 02-590-1797, 02-590-24170, 02-590-2416 โทรสาร : 02-590-2415, 02-590-1568 กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ

เกณฑ์การประเมิน :

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

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

- 1) หน่วยบริการออกคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบข้อมูลบริการและข้อมูลด้านการเงินการคลังและดำเนินการแจ้งให้จังหวัดทราบ

ขั้นตอนที่ 2

- 1) จังหวัดจัดทำทะเบียนผู้รับผิดชอบข้อมูลบริการและข้อมูลด้านการเงินการคลังด้วยโปรแกรม finmanager online และจัดส่งให้เขตและกลุ่มประกันสุขภาพ
- 2) หน่วยบริการส่งข้อมูลพื้นฐาน (Hospital Profile) และร่วมกับกลุ่มประกันสุขภาพตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3

- 1) ส่วนกลางประมวลผลส่งให้จังหวัดตรวจสอบด้วยโปรแกรมพยากรณ์การบริหารประสิทธิภาพการเงิน (Hospital Group Ratio Efficiency Management : HGREM)

ขั้นตอนที่ 4

- 1) รายงานผลประสิทธิภาพการควบคุมการเงินการคลังด้วยดัชนีบริหารการเงินตามการจัดกลุ่มโรงพยาบาล (Hospital Group Ratio :HGR)
- 2) หน่วยบริการนำผลประสิทธิภาพการควบคุมการเงินการคลังด้วยดัชนีบริหารการเงินตามการจัดกลุ่มโรงพยาบาลไปปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

ขั้นตอนที่ 5

- 1) เขตและจังหวัดมีข้อมูลประเมินต้นทุนต่อหน่วย
- 2) หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันร้อยละ 20

เงื่อนไขความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนด

1. ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือนถัดไป หน่วยบริการส่งบทลงตามผังบัญชีที่ปรับปรุงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ประจำเดือน
2. ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือนถัดไป หน่วยบริการส่งข้อมูลบริการ (Service Data) ประจำเดือน ของปีงบประมาณ 2557



**การสนับสนุน :**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มประกันสุขภาพ ได้สนับสนุนการดำเนินการระดับเขตและจังหวัด ดังนี้

กิจกรรมที่สนับสนุน	รายละเอียดการสนับสนุน
1.การพัฒนาระบบบัญชีปีงบประมาณ 2557	<ul style="list-style-type: none"> <li>คู่มือบัญชี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2557 (นโยบายบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งบัญชีภาคสุขภาพ กรอบการบันทึกบัญชีระบบเกณฑ์คงค้าง การตรวจสอบแก้ไขข้อผิดพลาด และการทำรายงานทางการเงิน</li> </ul>
2. ประชุมชี้แจงแก่เครือข่ายระดับจังหวัด และหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>วันที่ 18-28 พฤศจิกายน 2556 ชี้แจงนโยบายบัญชี กรอบวิธีการบันทึกบัญชี โปรแกรมการส่งบทดลองและ การส่งข้อมูลบริการ (Service data) ปี 2557 และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</li> </ul>
3.การปรับปรุงประสิทธิภาพทางการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดัชนีชี้วัดทางการเงินการคลังสุขภาพ</li> <li>ดัชนีบริหารแผนการเงินตามการจัดกลุ่มโรงพยาบาล (HGR: Hospital Group Ratio)</li> <li>แบบฟอร์มการจัดทำแผนทางการเงินตามการจำแนกกลุ่มโรงพยาบาล</li> <li>โปรแกรมพยากรณ์การบริหารประสิทธิภาพการเงิน (Hospital Group Ratio Efficiency Management : HGREM)</li> </ul>
4.จัดระบบสนับสนุนการสื่อสารเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teleconference</li> <li>Skype</li> <li>SMS</li> <li>Data center on cloud</li> </ul>
5.ฐานข้อมูลรายงานการเงินสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานการเงินและรายงานการวิเคราะห์ทางการเงินตามดัชนีชี้วัดทางการเงิน Download ได้ทางเว็บไซต์ <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a></li> </ul>

ตัวชี้วัดยาและเวชภัณฑ์	<b>5. ลดต้นทุนของยา เวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (รอบปรับ)</b> <b>5.1 ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯของหน่วยงาน</b> <b>5.2 มูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน</b>
คำนิยาม	<b>การจัดซื้อพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ ฯ</b> หมายถึง การจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด /กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ตามมาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ นโยบาย Good Health at Low Cost และตามมาตรการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข <b>เวชภัณฑ์ฯ</b> หมายถึง เวชภัณฑ์ที่มีใ้ยาอื่นที่ใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุอิเล็กทรอนิกส์ วัสดุทันตกรรม
เกณฑ์เป้าหมาย	5.1 ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2555 5.2 เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล /สถาบันในสังกัดกรมต่างๆ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน แยกประเภทจัดซื้อเองและจัดซื้อร่วม
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล /สถาบันในสังกัดกรมต่างๆ
รายการข้อมูล1	5.1 A=ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ปีงบประมาณ 2555 5.2 A=มูลค่าการจัดซื้อพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาของหน่วยงาน
รายการข้อมูล2	5.1 B=ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ปีงบประมาณ 2556 5.2 B=มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาของหน่วยงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	5.1 $(B-A) \times 100 / A$ 5.2 $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail : 2. ภญ.ภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail : 3. ภญ.ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์ โทรศัพท์มือถือ :  โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร :  E-mail :</p> <p>2. ภญ.ภัทรอนงค์ จongsiriเลิศ โทรศัพท์มือถือ :  โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร :  E-mail :</p> <p>3. ภญ.ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์มือถือ :  โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1628 , 02-590-1641 โทรสาร :  E-mail :  สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
-------------------------	--

**ตัวชี้วัด :** ลดต้นทุนของยาและเวชภัณฑ์ฯ

5.1 ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯของหน่วยงาน

5.2 มูลค่าการจัดซื้อ รวบรวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1 –2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5

**วิธีการประเมินผล :** จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาในระดับเขต/จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำรายการยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาเพื่อดำเนินการจัดซื้อ รวบรวมระดับเขต/จังหวัด

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา/เวชภัณฑ์ และดำเนินการจัดซื้อ รวบรวมระดับเขต/จังหวัด และแจ้งผลให้โรงพยาบาลต่างๆเพื่อใช้อ้างอิงในการจัดซื้อ รวมทั้งรายงานส่วนกลางทราบ

ขั้นตอนที่ 4 โรงพยาบาลแต่ละแห่งดำเนินการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ตามเงื่อนไข และส่งรายงานการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา (รายไตรมาส)

ขั้นตอนที่ 5 ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2556 และมูลค่าการจัดซื้อ รวบรวมของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยาของหน่วยงาน เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด

**เอกสารสนับสนุน :**

1. ผลการดำเนินการจัดซื้อ รวบรวม ยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ระดับเขต/จังหวัด
2. รายงานการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา (จัดซื้อเองและจัดซื้อ รวบรวม) ของหน่วยงาน (รายไตรมาส)

ตัวชี้วัดระบบข้อมูล	<p><b>6.มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกกระดับ</b></p> <p><b>6.1 หน่วยงานทุกระดับมีระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับการบริหารจัดการ</b></p>
คำนิยาม	<p>ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ (National Health Authority )ให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อดูภาระงานของผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบข้อมูลสุขภาพ ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็น National Health Information ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศึกษาวิเคราะห์ระบบข้อมูลของหน่วยงานระดับ กรม/กอง ทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ความซ้ำซ้อน การใช้ประโยชน์ของข้อมูล จำนวนบุคลากรด้านการบริหารจัดการข้อมูล</li> <li>2. บูรณาการแผนงาน โครงการของทุกหน่วยงานเป็นภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>3. เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน โดยใช้เครื่องมือเทคโนโลยี (Strategic Health Operating Center Room : SHOC room ) เชื่อมข้อมูลทั้งหมดเพื่อรวมศูนย์ข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ( Single data base) เพื่อเป็น National Health Information</li> <li>4. เชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาและเวชภัณฑ์ของผู้มารับบริการ</li> </ol> <p>โดยบริหารจัดการให้หน่วยงาน 5 ระดับ ได้แก่ กระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ สถานบริการ สามารถนำเสนอข้อมูลดังกล่าวได้ในทุกระดับ</p> <p><b><u>การบริหารจัดการข้อมูลของกรมและกรุงเทพมหานคร</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เชื่อมโยงการใช้ข้อมูลสุขภาพจากฐานข้อมูลกลาง (National Health Information) ที่มีอยู่แล้ว (43 แฟ้ม) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ</li> </ol> <p>พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพโดยใช้โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/ตามความเหมาะสมของสถานบริการ ในสถานบริการสังกัดกรมนอกเหนือจากสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p><b>ข้อมูลสุขภาพ (Health &amp; Medical record data) 43 แฟ้ม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ร้อยละ 100</li> <li>2. รพ.สต. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม เฉพาะแฟ้ม OP และ PP ผ่าน สสจ. มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>3. รพช. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>4. รพท.,รพศ. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</li> </ol>

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริหารจัดการตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ/CUP จังหวัด เขตสุขภาพ กรม กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ประมวลจากฐานข้อมูลกลาง (Data center) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ประมวลจากฐานข้อมูลของแต่ละแหล่งข้อมูล
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวน รพ.สต. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม เฉพาะแฟ้ม OP และ PP ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย) A2 = จำนวน รพช. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย) A3 = จำนวน รพท.,รพศ. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย) A4 = จำนวนจังหวัดที่ส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายังส่วนกลาง (สนย)
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด B2 = จำนวน รพช.ทั้งหมด B3 = จำนวน รพท.,รพศ.ทั้งหมด B4 = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$ $(A2/B2) \times 100$ $(A3/B3) \times 100$ $(A4/B4) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1393 ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1206
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางทับทิม ทองวิจิตร โทรศัพท์มือถือ : 081-612-9871 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1495 Email: <a href="mailto:taptimwit@yahoo.com">taptimwit@yahoo.com</a>

ตัวชี้วัด : มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกระดับ

ข้อ 6.1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
100	100	100	100
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ ข้อมูลจังหวัดที่สามารถส่ง ข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a>	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ ข้อมูลจังหวัดที่สามารถส่ง ข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a>	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ ข้อมูลจังหวัดที่สามารถส่ง ข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a>	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ ข้อมูลจังหวัดที่สามารถส่ง ข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a>

ข้อ 6.1.2 รพ.สต.ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม เฉพาะแฟ้ม OP และ PP ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥65	≥70	≥75	≥80
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ จำนวน รพสต.ที่สามารถ ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥65	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ จำนวน รพสต. ที่สามารถ ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥70	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ จำนวน รพสต. ที่สามารถ ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥75	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ ข้อมูล สนย ตรวจสอบ จำนวน รพสต. ที่สามารถ ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥80

ข้อ 6.1.3 รพช.ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥65	≥70	≥75	≥80
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพช.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥65	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพช.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥70	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพช.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥75	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพช.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥80

ข้อ 6.1.4 รพท.,รพศ. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่าน สสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥65	≥70	≥75	≥80
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพท./รพศ.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥65	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพท./รพศ.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥70	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพท./รพศ.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥75	เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล สนย ตรวจสอบจำนวน รพท./รพศ.ที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ได้ร้อยละ ≥80
การสนับสนุน			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สนย จัดเจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล ดูแล ให้คำปรึกษาในจังหวัดที่ได้ถูกจัดสรรให้</li> <li>2. เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูล monitor ช่องทางการส่งข้อมูล</li> <li>3. สนย ประมวลผลปริมาณการจัดส่งข้อมูลรายจังหวัด รายงานบริการและแสดงผลทางเว็บไซต์ <a href="http://healthcaredata.moph.go.th/datasend">http://healthcaredata.moph.go.th/datasend</a></li> <li>4. เจ้าหน้าที่บริหารจัดการข้อมูลทำรายงานปริมาณการส่งข้อมูล และจำนวนสถานบริการแจ้งจังหวัด</li> <li>5. เจ้าหน้าที่โปรแกรมเมอร์ให้คำปรึกษาและแก้ไขทางเทคนิคในกรณีที่จังหวัดไม่สามารถส่งข้อมูลได้</li> </ol>			



ตัวชี้วัดการบริหารจัดการ	6.2 มี Virtual Server ที่มีเสถียรภาพในการให้บริการฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ครบ 12 เครื่อง่ายบริการสุขภาพ
คำนิยาม	<p><b>Virtual Server</b> หมายถึง บริการเครื่องแม่ข่ายเสมือน ผู้ใช้งานจะสามารถ remote เข้าจัดการแก้ไข หรือ ตั้งค่าต่างๆ บน Server ได้ด้วยตัวเอง เป็นการจำลองการใช้งานบนเซิร์ฟเวอร์ตัวเดียวกัน แต่แยกทรัพยากรกันอย่างชัดเจน เช่น CPU, Hard Disk, Memory หรือ ระบบปฏิบัติการสามารถเลือกได้ทั้ง Window และ Linux สามารถนำไปใช้งานให้เหมาะกับการใช้งานในรูปแบบต่างๆ และสามารถปรับแต่งค่าต่างๆ ได้เอง เช่น Mail Server, Web Server, FTP Server, Database Server, DNS Server เป็นต้น หรือใช้เป็น Server สำรองกรณีฉุกเฉิน (Disaster Recovery System)</p> <p><b>เสถียรภาพ</b> หมายถึง ผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้บริการ Virtual Server ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำรวจความต้องการใช้งานข้อมูลจากเครื่อง่ายบริการสุขภาพ</li> <li>2. จัดหาโปรแกรมบริหารจัดการ เครื่องแม่ข่ายสำหรับให้บริการ และระบบสำรองข้อมูล</li> <li>3. กำหนดค่า Configuration ของระบบ Virtual Server</li> <li>4. เครื่อง่ายบริการสุขภาพทดสอบการใช้งานระบบ Virtual Server</li> <li>5. ดูแล บำรุงรักษา และเฝ้าระวังประสิทธิภาพการทำงานของ Network และ Virtual Server ตามมาตรฐานความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90 ของเครื่อง่ายบริการสุขภาพสามารถใช้งาน Virtual Server ได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครื่อง่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 12 เครื่อง่าย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจาก Logs File
แหล่งข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเครื่อง่ายบริการสุขภาพที่สามารถใช้งาน Virtual Server ได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครื่อง่ายบริการสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1214 โทรศัพท์มือถือ : 081-801-4523 Email: polawat.w@gmail.com</p> <p>นายบุญชัย ฉัตรพิรุฬห์พันธุ์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1212 โทรศัพท์มือถือ : 089-123-3387 Email: boonchai@health.moph.go.th</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางสาวสุวันทนา เสมอเนตร โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1208 โทรศัพท์มือถือ : 081-168-6462 Email: suwanna@health.moph.go.th</p>

**ตัวชี้วัด :** มี Virtual Server ที่มีเสถียรภาพในการให้บริการฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ครอบคลุม 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กิจกรรมที่ 1 มีผลวิเคราะห์ความต้องการจาก 12 เขต เครือข่ายบริการสุขภาพ	กิจกรรมที่ 1 - 3 มีเครื่องแม่ข่ายที่พร้อมให้บริการ Virtual Server	กิจกรรมที่ 1 - 5 มีเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างน้อย 3 เขต(25%) เข้าใช้งาน ระบบ Virtual Server	กิจกรรมที่ 1 - 7 มีเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างน้อย 11 เขต (90%) เข้าใช้งาน ระบบ Virtual Server

**วิธีการประเมินผล :**

- กิจกรรมที่ 1 สํารวจความต้องการใช้ฐานข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพ
- กิจกรรมที่ 2 จัดหาโปรแกรมบริหารจัดการ เครื่องแม่ข่ายสำหรับให้บริการ และระบบสำรองข้อมูล
- กิจกรรมที่ 3 กำหนดค่า Configuration ของระบบ Virtual Server
- กิจกรรมที่ 4 จัดทำคู่มือการใช้งานระบบ Virtual Server สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ
- กิจกรรมที่ 5 ทดสอบการใช้งานระบบ Virtual Server ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพและปรับปรุงให้ระบบรองรับการใช้งานได้ทุกเครือข่ายบริการสุขภาพ
- กิจกรรมที่ 6 ทำหนังสือแจ้งเวียนเครือข่ายบริการสุขภาพ เข้าใช้งานระบบ Virtual Server
- กิจกรรมที่ 7 ดูแล บำรุงรักษา และเฝ้าระวังประสิทธิภาพการทำงานของ Network และ Virtual Server ตามมาตรฐานความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ให้ระบบมีเสถียรภาพ พร้อมให้บริการฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

**เอกสารสนับสนุน :**

1. รายงานผลวิเคราะห์ความต้องการใช้ฐานข้อมูลจาก 12 เขตเครือข่ายบริการสุขภาพ
2. คู่มือการใช้งานระบบ Virtual Server สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ
3. หนังสือแจ้งเวียนเครือข่ายบริการสุขภาพ เรื่องการเข้าใช้งานระบบ Virtual Server
4. รายงานจากซอฟต์แวร์บริหารจัดการ

ตัวชี้วัดการบริหารจัดการ	6.3 มีข้อมูลที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ข้อมูลที่มีคุณภาพ มีกระบวนการติดตาม การตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ สอดคล้องกับหลักวิชาการ ความครบถ้วนการบันทึกข้อมูล คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลขาเข้า ข้อมูลขาออก ระบบการกำกับติดตาม</li> <li>● เครื่องมือ หมายถึง โปรแกรมที่จังหวัดใช้บริหารจัดการข้อมูลการแพทย์ และสุขภาพระดับจังหวัด ที่มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และรายงานผลได้อย่างรวดเร็ว อำนวยความสะดวกให้แก่ สสจ. ในการ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ</li> <li>- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและช่วยเหลือหน่วยบริการ</li> <li>- วิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพภายในจังหวัด</li> </ul> </li> <li>● คุณภาพของเครื่องมือ สามารถวัดความถูกต้องเชื่อถือได้ของเครื่องมือ ประเด็นตัวชี้วัดน่าจะมีแนวโน้มไปที่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บและส่งออกได้ครบถ้วนหรือไม่</li> <li>- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการสุ่มข้อมูล เพื่อดูความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องของข้อมูลหรือความสัมพันธ์กันภายในและภายนอกของข้อมูล</li> </ul> </li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p><u>ข้อมูลขาเข้า</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (monitoring data) ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับกระทรวง ร้อยละ 100</li> <li>2. มีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละแฟ้ม และระหว่างแฟ้มได้ ในทุกระดับของสถานบริการ ร้อยละ 100</li> </ol> <p><u>ข้อมูลขาออก</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเครื่องมือบริหารจัดการข้อมูลให้ออกมาในรูปของรายงานในรูปแบบต่างๆ ร้อยละ 100</li> </ol> <p><u>ระบบติดตาม ตรวจสอบ ป้องกัน แก้ไขปัญหา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีปัญหาได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ 100</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนกลาง

รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพ ที่มีการติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ด้วยระบบ monitoring data</p> <p>A2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเครื่องมือบริหารจัดการข้อมูลให้ออกมาในรูปของรายงานในรูปแบบต่างๆ</p> <p>A3 = สถานบริการมีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละแฟ้ม และระหว่างแฟ้มได้</p> <p>A4 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีปัญหาได้รับการตรวจสอบ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพ ทั้งหมด</p> <p>B2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งหมด</p> <p>B3 = สถานบริการทั้งหมด</p> <p>B4 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีปัญหา</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><math>(A1/B1) \times 100</math></p> <p><math>(A2/B2) \times 100</math></p> <p><math>(A3/B3) \times 100</math></p> <p><math>(A4/B4) \times 100</math></p>
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1393</p> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1206</p> <p>ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1214      โทรศัพท์มือถือ : 081-801-4523</p> <p>Email: polawat.w@gmail.com</p> <p>นางทิพย์วรรณ ยงศิริวิทย์</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1210      โทรศัพท์มือถือ : 083-064-9863</p> <p>Email: jum@health.moph.go.th</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางสาวสุวันทนา เสมอเนตร</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1208      โทรศัพท์มือถือ : 081-168-6462</p> <p>Email: suwanna@health.moph.go.th</p> <p>2. นางทับทิม ทองวิจิตร</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1495      โทรศัพท์มือถือ : 081-612-9871</p> <p>Email: taptimwit@yahoo.com</p>

ข้อ 6.3.1 มีระบบการติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (monitoring data)ระดับ  
จังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับกระทรวง ร้อยละ 100

ข้อมูลเข้า monitoring data

เกณฑ์การประเมินผล			
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
สนย. พัฒนาระบบ Web Application สำหรับติดตามการตรวจสอบความครบถ้วน ทันเวลา ระดับกระทรวง	สนย. พัฒนาระบบ Web Application สำหรับติดตามการตรวจสอบความครบถ้วน ทันเวลา ให้เขตบริการสุขภาพ 12 เขต	จังหวัดติดตั้งระบบ HDC หรือ DVS หรือระบบอื่นๆที่มีระบบการตรวจสอบความครบถ้วน ทันเวลาของการส่งข้อมูล	จังหวัดสามารถส่งแฟ้มข้อมูลพื้นฐานได้ครบถ้วนดังนี้ Person, Address, Death, Chronic, Service, Diagnosis_OPD, Suvillance, Drug_OPD, Procedure_OPD, Woman, EPI, Nutrition, ANC, Newborn, Newborncare, Prenatal, Labor, Postnatal, Ncdscreen, Chronicfu, LabFU, Charge_OPD, Admission, Charge_IPD, Diagnosis_IPD, Drug_IPD, Procedure_IPD, Provider, Specialpp, Accident, Community_activity, Community_service, Dental, Disability, Functional, ICF, Rehabilitation
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กระทรวงสาธารณสุขมีระบบติดตามตรวจสอบข้อมูลจังหวัดที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ขั้นตอนที่ 1	เขตบริการสุขภาพมีระบบติดตามตรวจสอบข้อมูลจังหวัดภายในเขตฯที่สามารถส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ตามขั้นตอนที่ 2	ร้อยละ 100 จังหวัดมีการติดตั้งระบบ HDC หรือ DVS หรือระบบอื่นๆโดยการสำรวจของสนย. และตรวจสอบจากเว็บไซต์ <a href="http://cc.dcs.moph.go.th/CC">http://cc.dcs.moph.go.th/CC</a> ตามขั้นตอนที่ 3	ร้อยละ 100 จังหวัดส่งข้อมูลได้ตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ครบถ้วน และทันกรอบระยะเวลาที่กำหนดขั้นตอนที่ 4

#### การสนับสนุน

1. สนย จัดทำ Web Application สำหรับตรวจสอบการส่งข้อมูลของแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ
2. สนย. ชี้แจงรอบเวลาการส่งข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าสู่ส่วนกลาง
3. สนย. ให้คำปรึกษากับจังหวัดในการตรวจสอบวิธีการรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับส่วนกลางให้มีความถูกต้อง
4. สนย. ประสานงานกับกรม กองต่างๆ เรื่องเงื่อนไขหรือเกณฑ์การประมวลผลข้อมูลเพื่อออกรายงานตามตัวชี้วัด
5. สนย. ให้คำปรึกษากับสาธารณสุขจังหวัดเรื่องกระบวนการและวิธีประมวลผลฐานข้อมูลเพื่อออกรายงานในรูปแบบต่างๆ

ข้อ 6.3.2 มีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละแฟ้ม และระหว่างแฟ้มได้ ในทุกระดับของสถานบริการร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥70	≥80	≥90	100
วิธีการประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและระหว่างแฟ้มได้ในทุกระดับของสถานบริการ เช่น MC2 หรือ โปรแกรมที่จังหวัดจัดทำ โดยการสุ่มสถานบริการในแต่ละจังหวัด ๑ละ 1 แห่ง โดยการวิธีการสอบถามและตรวจสอบกับฐานข้อมูลส่วนกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	จังหวัดมีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและระหว่างแฟ้มได้ในทุกระดับของสถานบริการ เช่น MC2 หรือ โปรแกรมที่จังหวัดจัดทำ โดยการสุ่มสถานบริการในแต่ละจังหวัด ๑ละ 1 แห่ง ไม่ซ้ำกับไตรมาสที่ 1 โดยการวิธีการสอบถามและตรวจสอบกับฐานข้อมูลส่วนกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	จังหวัดมีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและระหว่างแฟ้มได้ในทุกระดับของสถานบริการ เช่น MC2 หรือ โปรแกรมที่จังหวัดจัดทำ โดยการสุ่มสถานบริการในแต่ละจังหวัด ๑ละ 1 แห่ง ไม่ซ้ำกับไตรมาสที่ 1 , 2 โดยการวิธีการสอบถามและตรวจสอบกับฐานข้อมูลส่วนกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	จังหวัดมีเครื่องมือที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและระหว่างแฟ้มได้ในทุกระดับของสถานบริการ เช่น MC2 หรือ โปรแกรมที่จังหวัดจัดทำ โดยการสุ่มสถานบริการในแต่ละจังหวัด ๑ละ 1 แห่ง ไม่ซ้ำกับไตรมาสที่ 1, 2 และ 3 โดยการวิธีการสอบถามและตรวจสอบกับฐานข้อมูลส่วนกลาง ร้อยละ 100

#### การสนับสนุน

1. สนย. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2557 8 ครั้ง แบ่งตามภาค เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนาข้อมูลและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
2. สนย.และกรมวิชาการส่วนกลาง ลงพื้นที่ตรวจสอบและให้คำแนะนำการจัดเก็บข้อมูลและการบันทึกข้อมูล ให้ถูกต้องตามหลักการที่กำหนด
3. สนับสนุนเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล (MC2) ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 6.3.3 จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเครื่องมือบริหารจัดการข้อมูลให้ออกมาในรูปของ รายงานในรูปแบบต่างๆร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดพัฒนาหรือจัดหาเครื่องมือสำหรับบริหารจัดการข้อมูลให้ออกมาในรูปของรายงานในรูปแบบต่าง ๆ และเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชน และเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานของจังหวัด บน website เช่น HDC , MOPH DC หรือ อื่นๆ	80	90	100
วิธีการประเมิน			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีเครื่องมือสำหรับบริหารจัดการข้อมูลให้ออกมาในรูปของรายงานในรูปแบบต่าง ๆ และเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขบน website	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีเครื่องมือสำหรับบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพโดยการตรวจสอบของ สนย.	ร้อยละ 90 ของจังหวัดมีเครื่องมือสำหรับบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพโดยการตรวจสอบของ สนย.	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีเครื่องมือสำหรับบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพโดยการตรวจสอบของ สนย.

**การสนับสนุน**

1. สนับสนุนโปรแกรม Health Data Center (HDC) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข
2. สนับสนุนโปรแกรม MOPH Data Center (MOPH DC) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข
3. สนับสนุนโปรแกรม NCDMIS พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข
4. สนับสนุนโปรแกรม PHIE พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข

**ข้อ 6.3.4 จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีปัญหาได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ 100**

เกณฑ์การประเมินผล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
100	100	100	100
วิธีการประเมิน			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สนย.จัดเก็บข้อมูลที่ได้รับ การประสานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี ปัญหาด้านเทคนิค การ ส่งออกข้อมูล การบันทึก ข้อมูล หรืออื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับ 43 แฟ้ม ได้รับการตรวจสอบและ แก้ไขปัญหา ร้อยละ 100	สนย.จัดเก็บข้อมูลที่ได้รับ การประสานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี ปัญหาด้านเทคนิค การ ส่งออกข้อมูล การบันทึก ข้อมูล หรืออื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับ 43 แฟ้ม ได้รับการตรวจสอบและ แก้ไขปัญหา ร้อยละ 100	สนย.จัดเก็บข้อมูลที่ได้รับ การประสานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี ปัญหาด้านเทคนิค การ ส่งออกข้อมูล การบันทึก ข้อมูล หรืออื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับ 43 แฟ้ม ได้รับการตรวจสอบและ แก้ไขปัญหา ร้อยละ 100	สนย.จัดเก็บข้อมูลที่ได้รับ การประสานจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี ปัญหาด้านเทคนิค การ ส่งออกข้อมูล การบันทึก ข้อมูล หรืออื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับ 43 แฟ้ม ได้รับการตรวจสอบและ แก้ไขปัญหา ร้อยละ 100



ตัวชี้วัดการบริหารจัดการ	7. ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 1 (รอบปรับ)
คำนิยาม	การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน รายการ ครุภัณฑ์ /รายการสิ่งก่อสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ .ศ. 2557 (รายการใหม่) รายการครุภัณฑ์ ลงนามในสัญญาจ้างแล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคม 2556 รายการสิ่งก่อสร้างใหม่ลงนามในสัญญาจ้างแล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน 2556 ให้ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการทางพัสดุ พ .ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ .ศ. 2549 ประกาศปช .เรื่องราคากลางและการปฏิบัติงานในระบบจัดซื้อจ้างภาครัฐ e-GP รวมทั้งผูกพันจัดซื้อจัดจ้าง(PO) ในระบบ GFMS แล้วเสร็จ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยเบิกจ่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP รายงานการเบิกจ่ายจากระบบ GFMS และรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างจากหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรงบลงทุนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุนสามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาส 1 ประกอบด้วย 1. รายการครุภัณฑ์ สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ภายในเดือนตุลาคม 2556 จำนวน ..... รายการ 2. รายการสิ่งก่อสร้างใหม่ สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ภายในเดือนพฤศจิกายน 2556 จำนวน .... รายการ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนรายการงบลงทุนที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน โดยคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณฯทุกกรม ทีมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางนิตยา ยะภีระ โทรศัพทมือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1285 โทรสาร : E-mail : กลุ่มคลังและพัสดุ 2.นางพจอาภา ธนาบุญพิส โทรศัพทมือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1279 โทรสาร : E-mail : กลุ่มคลังและพัสดุ 3.ว่าที่ร้อยเอกสายชล สู้สุข โทรศัพทมือถือ : โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1868 โทรสาร :

	E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ว่าที่ร้อยเอกสายชล สู้สุข โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1868 E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ <div style="float: right;"> โทรศัพท์มือถือ : 085-4842378  โทรสาร : </div>

ตัวชี้วัด : ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 1				
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 100	-	-	-
<b>วิธีการประเมินผล :</b> 1. ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 1 สูตรการคำนวณ = $A/B \times 100$ A = จำนวนรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุนสามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาส 1 ประกอบด้วย 1. รายการครุภัณฑ์ สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ภายในเดือนตุลาคม 2556 จำนวน ..... รายการ 2. รายการสิ่งก่อสร้างใหม่ สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ภายในเดือนพฤศจิกายน 2556 จำนวน .... รายการ B = จำนวนรายการงบลงทุนที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b> 1. รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP 2. รายงานการเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS 3. รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างจากหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรงบลงทุนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				

ตัวชี้วัดการบริหารจัดการ	8. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมในปีงบประมาณพ.ศ. 2557
คำนิยาม	ร้อยละของงบ ประมาณทุกงบ รายจ่ายที่ได้รับจัดสรร และโอนเปลี่ยนแปลง งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ .ศ. 2557 สามารถเบิกจ่ายได้ภายใน ระยะเวลาที่มติคณะรัฐมนตรีกำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 22 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 22 ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 24 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 46 ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 24 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 70 ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 25 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยเบิกจ่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานสถานะการเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS
แหล่งข้อมูล	กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = ผลการเบิกจ่ายภาพรวมของส่วนราชการในระบบ GFMIS
รายการข้อมูล 2	B= วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรภาพรวมที่ส่วนราชการได้รับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน โดยคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณฯทุกกรม ที่มี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนิตยา ยะภีระ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1285 โทรสาร : E-mail : กลุ่มคลังและพัสดุ 2.นางพจอาภา ธนาบุญพัส โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1279 โทรสาร : E-mail : กลุ่มคลังและพัสดุ 3.ว่าที่ร้อยเอกสายชล สู้สุข โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1868 โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.ว่าที่ร้อยเอกสายชล สู้สุข โทรศัพทมือถือ : 085-4842378 โทรศัพท์สำนักงาน : 02-590-1868 โทรสาร : E-mail : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์