**คำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒**



**คำนำ**

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวง

สาธารณสุข มีนโยบายให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement : PA) โดยให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดตามนโยบายสำคัญของกระทรวง ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ของกระทรวง แผนบูรณาการ และแผนงาน/โครงการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ลงสู่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ได้จัดพิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ณ Regal Resort ตำบลเกาะเต่า อำเภอ เกาะพงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้การกำกับ ติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ได้รวบรวมรายละเอียดคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดได้ใช้ประกอบการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คำรับรองการปฏิบัติราชการนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทีเกี่ยวข้องได้ใช้ประกอบการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการให้เกิดผลที่พึงประสงค์ต่อไป

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

**สารบัญ**

หน้า

คำนำ ก

สารบัญ ข

คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๑

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร กับ สาธารณสุขอำเภอ ๔

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร กับ หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ๗

ภาคผนวก

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance ๑๐

Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

**คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒**

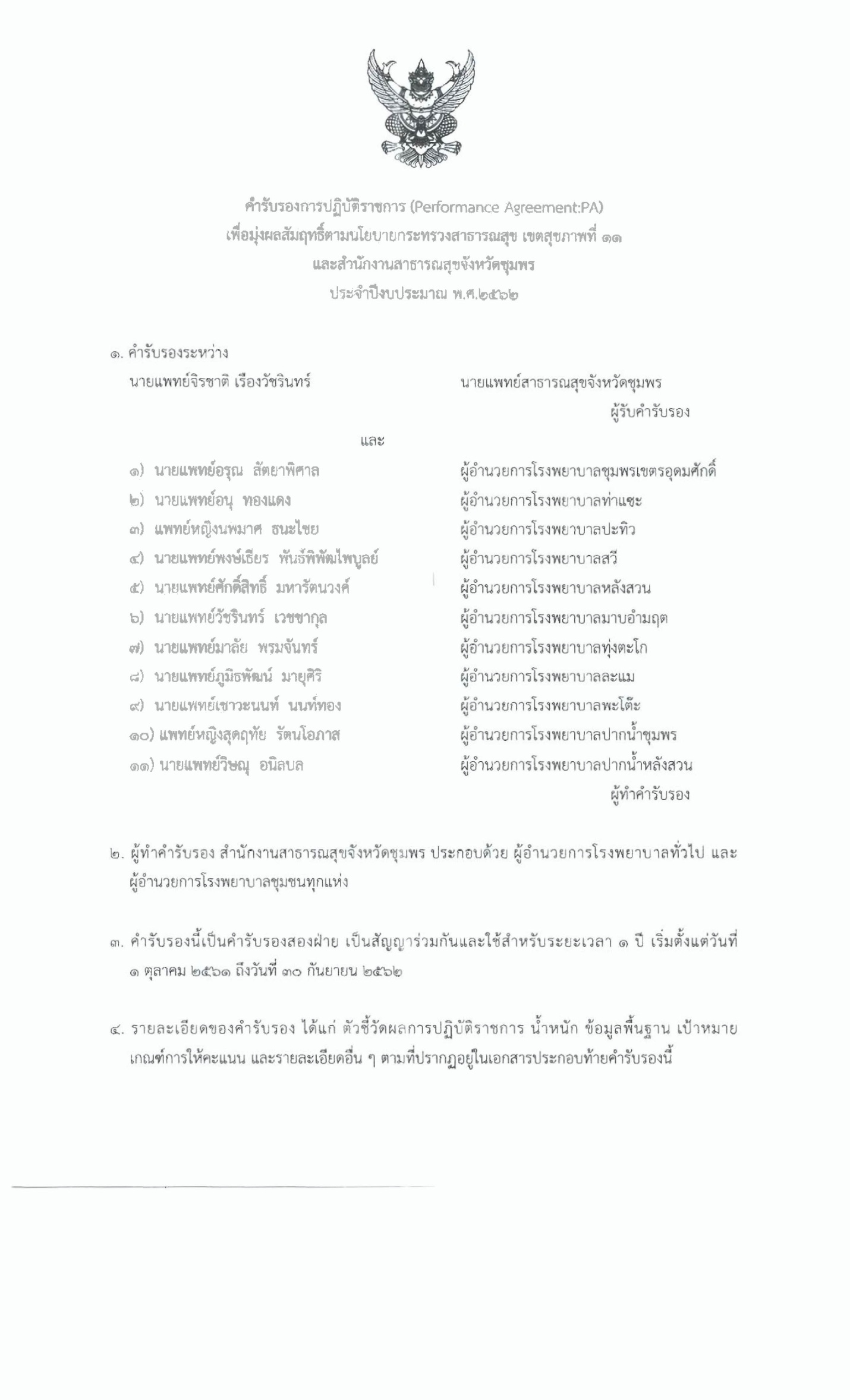
**ระหว่าง**

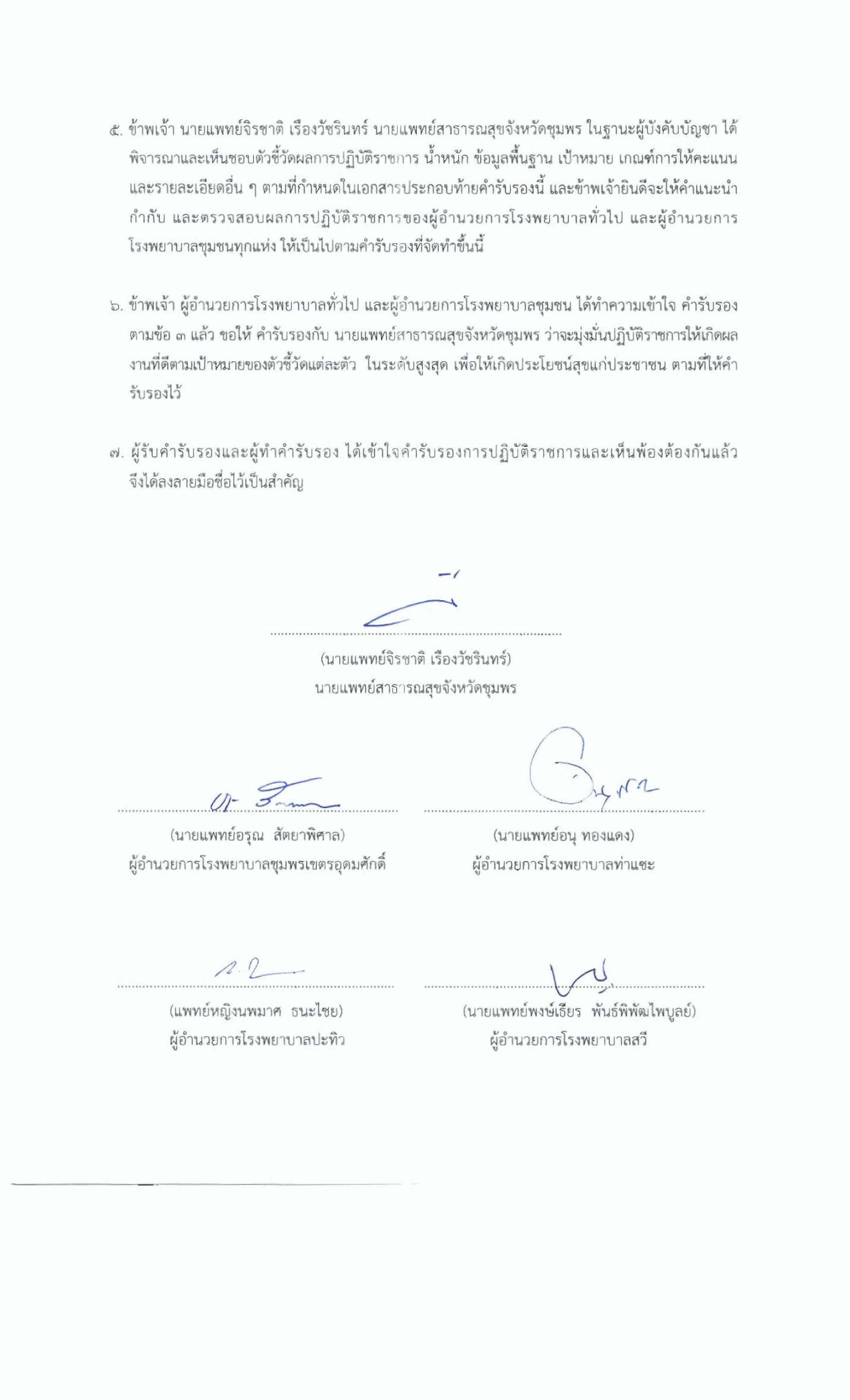
**นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**กับ**

**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน**









**คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒**

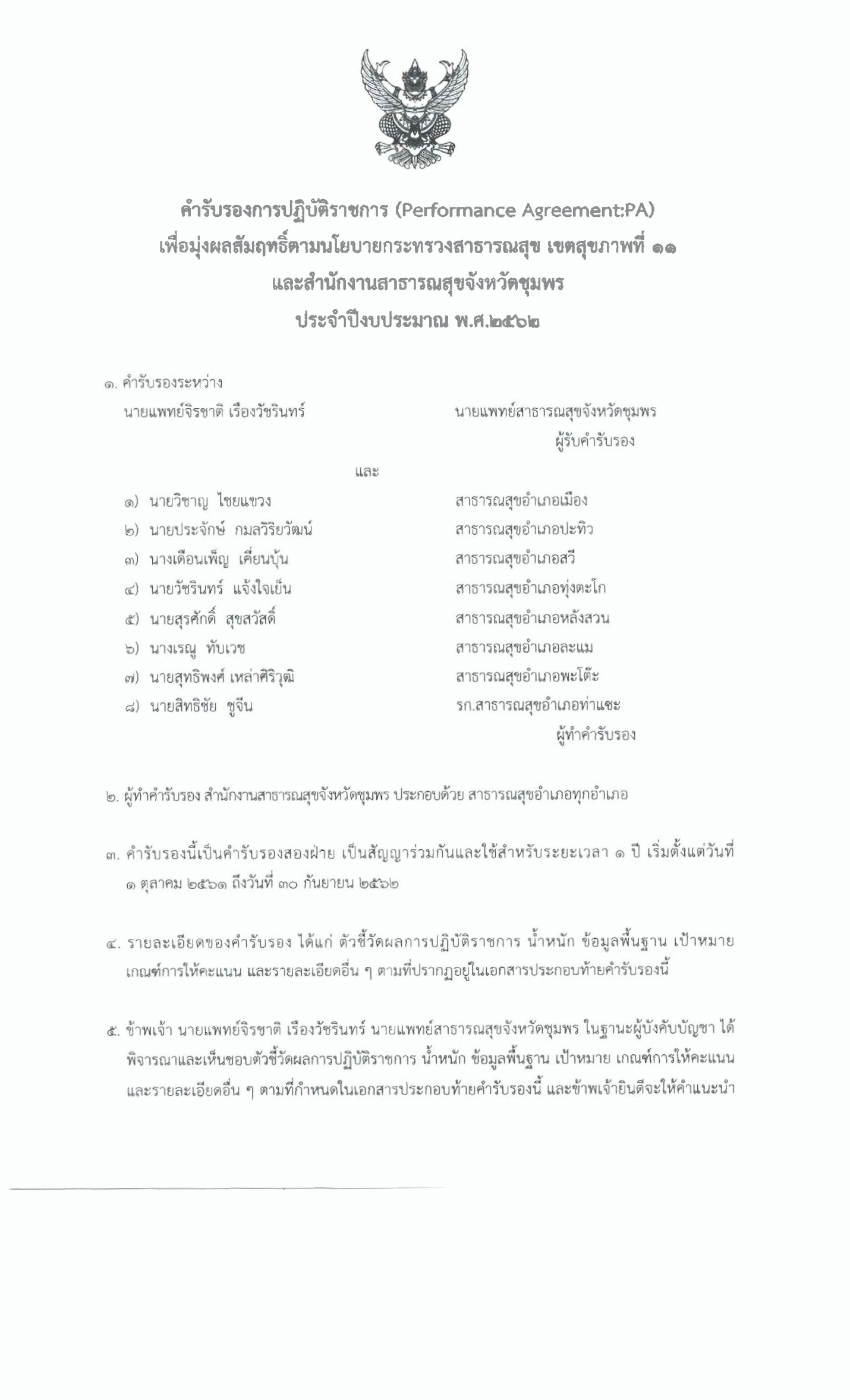
**ระหว่าง**

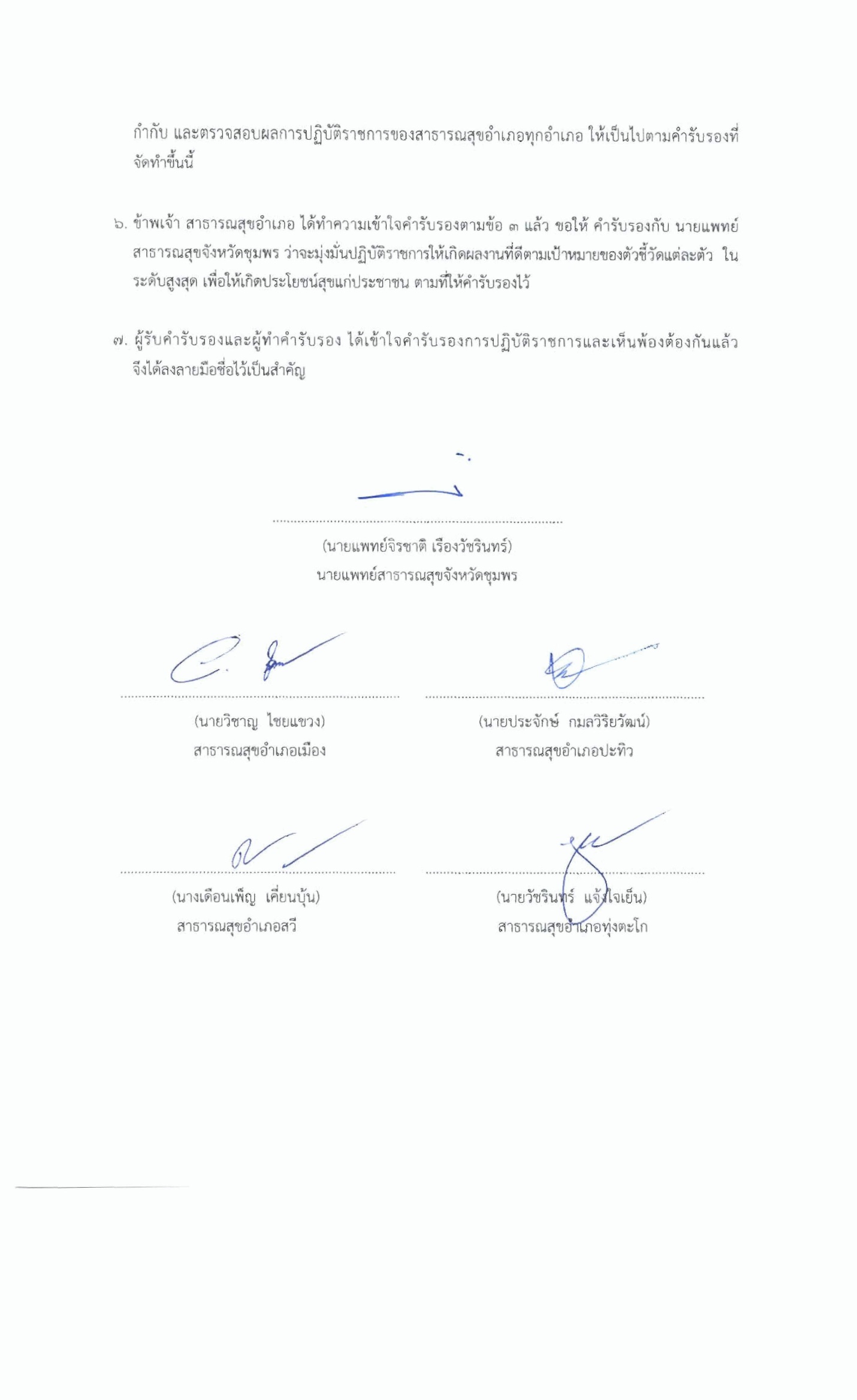
**นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**กับ**

**สาธารณสุขอำเภอ**

****

****

****

****

**คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒**

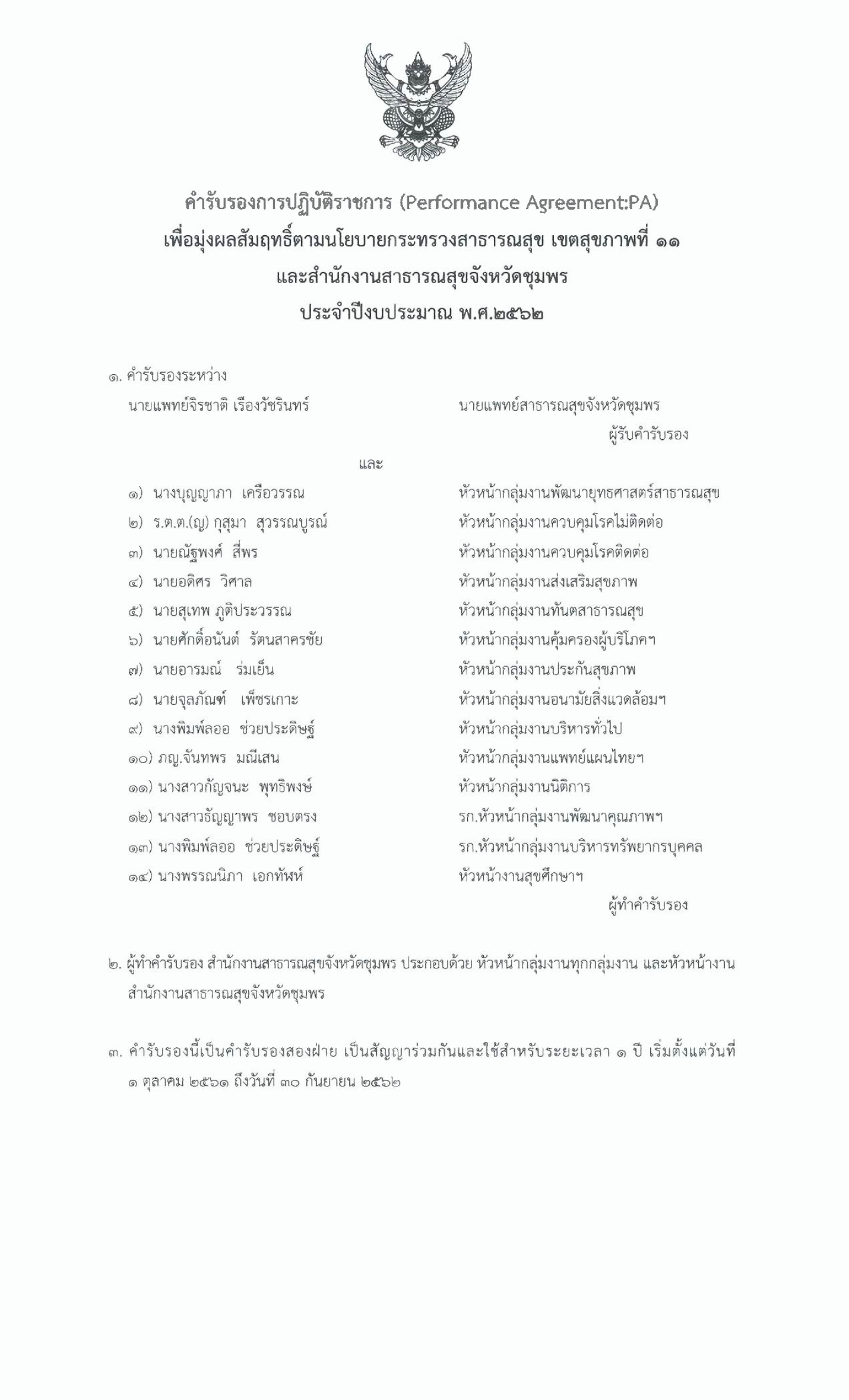
**ระหว่าง**

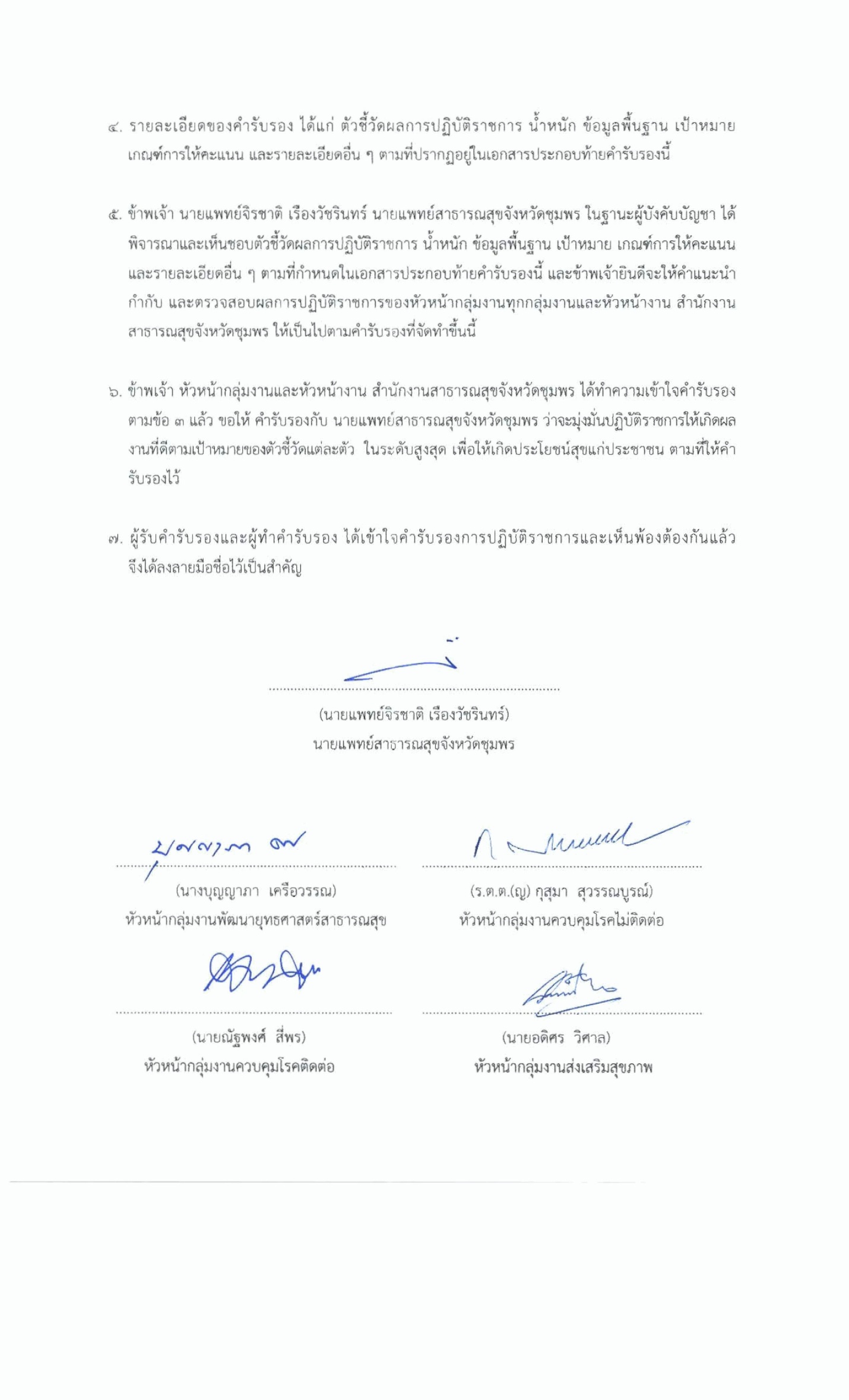
**นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**กับ**

**หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

****

****

****

****

**ภาคผนวก**

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ**

**(Performance Agreement : PA)**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร**

**คำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement:PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แผนงาน | ตัวชี้วัดที่ | เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ |
| **แผนงานที่ 1** การพัฒนาชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) | **1. อัตราส่วนการตายมารดา** | ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน |
|  | **2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน** |  |
|  | 2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ | ร้อยละ 90 |
|  | 2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ  พบสงสัยล่าช้า | ร้อยละ 20 |
|  | 2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการ  ติดตาม | ร้อยละ 90 |
|  | 2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น  พัฒนาการด้วย TEDA 41 | ร้อยละ 60 |
| **แผนงานที่ 2** การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | **3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ** | ร้อยละ 60 |
| **แผนงานที่ 4** การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม | **4.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แผนงาน | ตัวชี้วัดที่ | เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ |
| **แผนงานที่ 5**  ปฐมภูมิ (Primary Care) | **5. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster)** | ร้อยละ 18 (1,170 ทีม)  (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม |
| **แผนงานที่ 6**  การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ | **6. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** |  |
|  | 6.1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือด  สมองตีบ/อุดตัน (I63) | น้อยกว่าร้อยละ 5 |
|  | 6.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  สมองแตก (I60-I62) | น้อยกว่าร้อยละ 25 |
|  | 6.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  สมอง (I60-I69) | น้อยกว่าร้อยละ 7 |
|  | 6.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา  ใน Stroke Unit | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 |
|  | 6.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มี อาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แผนงาน | ตัวชี้วัดที่ | เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ |
|  | 6.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัด  สมองภายใน 90 นาที (door to   operation room time) | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 |
|  | **7. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่** | ร้อยละ 85 |
|  | **8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)** | RDU ขั้นที่ 2 80% |
|  | **9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** | ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate) |
|  | **10. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** | < ร้อยละ 30 |
|  | **11. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กาหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)** | ร้อยละ 20 |
|  | **12. ร้อยละของผู้ใช้และ ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)** | ร้อยละ 40 |
| **แผนงานที่ 7**  การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ | **13. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1** | ร้อยละ 12 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แผนงาน | ตัวชี้วัดที่ | เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ |
| **แผนงานที่ 10** การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ | **14. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
|  | **15. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** | ร้อยละ 70 |
| **แผนงานที่ 11** การพัฒนาระบบธรรมภิบาลและองค์กรคุณภาพ | **16. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด** |  |
|  | 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ระดับ 5 (ร้อยละ 70) |
|  | 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | ระดับ 5 (ร้อยละ 40) |
|  | **17. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** |  |
|  | 1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 100 |
|  | 2. โรงพยาบาลชุมชน | ร้อยละ 90 |
|  | **18. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว**  - Accreditation  - Re-accreditation | ร้อยละ 60 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| แผนงาน | ตัวชี้วัดที่ | เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ |
| **แผนงานที่ 12** การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ | **19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital** |  |
|  | โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | รพศ./รพท  จังหวัด ละ 1 แห่ง ร้อยละ 50 ของ รพช |
|  | **20. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ** | ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน |
| **แผนงานที่ 13** การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ | **21. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** | ไม่เกินร้อยละ 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **1. อัตราส่วนการตายมารดา** |
| **คำนิยาม** | - **การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน  - **การเยี่ยมเสริมพลัง** เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 2562** | **ปีงบประมาณ 2563** | **ปีงบประมาณ 2564** | | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน |   **เกณฑ์เป้าหมาย** | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ  2.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ  3.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย  3. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมาดา (ก1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน  4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน |
| **แหล่งข้อมูล** | หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | - | - | ไม่เกิน 17 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | - | - | ไม่เกิน 17 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | **-** | - | - | ไม่เกิน 15 ต่อ  การเกิดมีชีพแสนคน | | |
| **วิธีการประเมินผล** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย |
| **เอกสารสนับสนุน** | - แบบรายงานการตายมารดา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี)  - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) |
| **รายละเอียด**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | อัตราส่วนการตายมารดา | อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย | 23.3 | 24.6 | 26.6 | 18.4 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667  โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi\_55@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผล**  **และจัดทำข้อมูล** | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 08 6546 5561  โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion & Prevention Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด proxy :** | **- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**  **- ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า**  **- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**  **- ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I** |
| **คำนิยาม** | - เด็กอายุ 0 - 5 ปี **หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  - การคัดกรองพัฒนาการ**หมายถึง** ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)  - พัฒนาการสงสัยล่าช้า**หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)  - พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**หมายถึง** เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2  - พัฒนาการสมวัย**หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)  - เด็กพัฒนาการล่าช้า**หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :**ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 |   **เกณฑ์เป้าหมาย :**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 |   **หมายเหตุ :**เป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินใน ปี 2562  แต่นำมาแสดงให้เห็นว่ายังมีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 85 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)** |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม** |
| **แหล่งข้อมูล** | **สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** |
| **รายการข้อมูล 1** | **A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)** |
| **รายการข้อมูล 2** | **B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด** |
| **รายการข้อมูล 3** | **C = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)** |
| **รายการข้อมูล 4** | **D = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)**  **ส่งต่อทันที(1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)** |
| **รายการข้อมูล 5** | **E = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2** |
| **รายการข้อมูลที่ 6** | **F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)** |
| **รายการข้อมูลที่ 7** | **G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า** |
| **รายการข้อมูลที่ 8** | **H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยTEDA4I** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**  **=**  **2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า**  **=**  **3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**  **=**  **4.** ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  **=**  **5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย**  **=** |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม) |
| **เกณฑ์การประเมิน :** กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้  **ตัวชึ้วัด :ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **ตัวชึ้วัด :ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 20 |   **ตัวชึ้วัด :ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |   **ตัวชึ้วัด :ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 |   **มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :**  **1.พัฒนากลไก และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM**  **และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I**  1.1 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก  โดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I  1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า  1.3 พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง  1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ  เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น  1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่  **2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**  2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐาน  อนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่  2.2 ตรวจเยี่ยมและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม  การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560  2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  **3.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว**  3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการ  กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน เฝ้าระวังพัฒนาการ  3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการ  และพัฒนาการเด็กปฐมวัย  3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ  **Small Success :**   | **3เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** | | --- | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.** | | | | | 1. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง  2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม  3. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต | 1. บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น  2. ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรอง กระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี  4. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต | 1. รณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  2. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  2. ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560  3. อัตราการกินนมแม่ของทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน  4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ | 1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน  1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ  1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า  1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ  1.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I  2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข  ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)  การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. **ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข** 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือ TEDA4I 6. คู่มือมิสนมแม่ 7. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 8. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **Baseline**  **data\*** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | **1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (HDC 2561)** | **80.5** | **ร้อยละ** | **ไม่มีข้อมูล** | **80.5** | **81.4** | | **2.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (HDC 2561)** | **16.0** | **ร้อยละ** | **12.0** | **16.0** | **16.4** | | **3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (HDC 2561)** | **73.3** | **ร้อยละ** | **57.0** | **73.3** | **77.9** | | **4.ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (HDC 2561)** | **38.5** | **ร้อยละ** | **ไม่มีข้อมูล** | **34.2** | **38.5** | | **5.ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย(HDC 2561)** | **95.8** | **ร้อยละ** | **90.6** | **95.8** | **95.5** |   หมายเหตุ :**การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า**  **1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9 )**  **2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0**  **ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว** | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ  โทรศัพท์ : 02 – 588 3088 ต่อ 3124E-mail : [teerboon@hotmail.com](mailto:teerboon@hotmail.com)  2 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com | |
| **หน่วยงานประมวลผล**  **และจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย  2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย  3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต  4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1 .แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981  โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com  2. นางประภาภรณ์ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4433 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130  โทรสาร : 02 590 4427 E-mail : [paporn11@gmail.com](mailto:paporn11@gmail.com)  3. นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4405 โทรศัพท์มือถือ: -  โทรสาร : - E-mail : puapat@yahoo.com | |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** |
| **โครงการ** | **1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **8.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง** การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด  **อำเภอ หมายถึง** เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทุกอำเภอ ( 878 อำเภอ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 และ 4 |
| **เกณฑ์ประเมิน**  **ปี 2562**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา  อย่างน้อย 2 ประเด็น | -มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด  -มีการบริหารจัดการ  ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต | มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต | อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต  ร้อยละ 60 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น  2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต  3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขตร้อยละ 60 |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561  4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | |  |  |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง  นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร :02 590 1239 E-mail :yyt2508@gmail.com  2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์  สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิต  ระดับพื้นที่  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร :02 590 1239 E-mail : swiriya04@gmail.com  3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761 โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030  โทรสาร : 0 2590 1802 E-mail : [ttunakh@gmail.com](mailto:ttunakh@gmail.com)  4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐม  ภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536  โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่  กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939 โทรศัพท์มือถือ : 0817333082  โทรสาร : 025901938 E-mail : jchanohet@gmail.com  สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743 โทรศัพท์มือถือ : 0898296454  โทรสาร :025901641 E-mail : kavalinc@hotmail.com  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630 โทรศัพท์มือถือ : 0817472052  โทรสาร : 025901641 E-mail : [somnee@hotmail.com](mailto:somnee@hotmail.com)  กองบริหารการสาธารณสุข  4. นางเอื้อมพร จันทร์ทองนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0811316800  โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : auam2702@gmail.com  สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ |

**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)**

ร้อยละ60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)**

1. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

**เอกสารแนบท้าย**

1.ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนาDHS – PCA

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

| **UCARE** | **1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ** | **2 ขยายการดำเนินการ** | **3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม** | **4 เรียนรู้** | **5 บูรณาการ** | **คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unity Team** | มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ | มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น  และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย | cross functionalเป็นteam ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน  โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน | fully integrateเป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ  โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย | ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ | ***ทีมสุขภาพ (Health Team)*** *หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)* |
| **Customer Focus** | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน | มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น | ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ | ***ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need )*** *หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)* |
| **Appreciation** | มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ  **Community Participation** | ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ |  |
|  | มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร | มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ | ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน(engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ | เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท | สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ | ***ความผูกพัน*** *(engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร* |
| **Resources Sharing and Human Development** | มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน | มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ | มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ | มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น | มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน | ***Resource****หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน* |
| **Essential Care** | มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และตามความต้องการของผู้รับ บริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ | มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น | มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี | ***Essential Care****หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ* |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **12.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** |
| **คำนิยาม** | โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **ระดับพื้นฐาน** | | | **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา** | | | 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร | | | **ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN** | | | G: GARBAGE | 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 | | 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ | | R: RESTROOM | 4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคาร ผู้ป่วยนอก | | E: ENERGY | 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร | | E: ENVIRONMENT | 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับริการ | | 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ | | N: NUTRITION | 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก | | 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย | | 10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน | | **ระดับดี** | | |  | 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ | | 12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD) | | **ระดับดีมาก** | | |  | 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน | | 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | **ระดับดีมาก Plus** | | |  | 15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ | |  | 16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัด กรมวิชาการ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40  2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80  2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม  ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง  3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboardกรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th)  เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี  A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ((A1+A2+A3+A4)/B)X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  ขึ้นไป  ((A2+A3+A4)/B)X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป  ((A3+A4)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  ขึ้นไป  (A4/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนิน  กิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  Plus |
| **ระยะเวลารายงาน** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ   ระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 100   1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ   ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 70 | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล  2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital  2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล  3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | 2559 | 2560 | 2561 | | ไม่ได้รับการประเมิน | ร้อยละ | - | 0.63 | 0.00 | | ไม่ผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | - | 7.30 | 0.00 | | ระดับพื้นฐาน | ร้อยละ | - | 51.62 | 20.25 | | ระดับดี | ร้อยละ | - | 29.93 | 40.50 | | ระดับดีมาก | ร้อยละ | - | 10.53 | 39.25 | | ระดับพื้นฐานขึ้นไป | ร้อยละ | - | 92.08 | 100.00 |   ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2561  หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:**  1. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th  2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904128 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:**  1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th  2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางณีรนุช อาภาจรัส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com  2. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th   1. นายเชิดศักดิ์ โกศัลวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **13.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)** |
| **คำนิยาม** | **คลินิกหมอครอบครัวหมายถึง** การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน  คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย  Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์  - พยาบาลวิชาชีพ 2 คนเป็นอย่างน้อย  - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย  System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับ  บริบทของพื้นที่   * มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว * มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี * ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า * การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน * ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ * ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล   Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  **ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | ร้อยละ 18  (1,170 ทีม)  (เป้าหมายสะสม)  เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม | ร้อยละ 24  (1,560 ทีม) | ร้อยละ 32  (2,080 ทีม) | ร้อยละ 40  (2,600 ทีม) | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบลงทะเบียน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ  การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม  (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ทีม ใหม่ 50 % |  | ทีมสะสม 1,170 ทีม |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ทีมสะสม 1,560 ทีม |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ทีมสะสม 2,080 ทีม | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ระบบลงทะเบียน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | - | ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 0.78 % | เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 9.17% | เปิดดำเนินการได้ 806 ทีม คิดเป็น 12.4% | | จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม) | | | | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-5901939 E-mail :k.tewtong@yahoo.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-59019398 E-mail :k.tewtong@yahoo.com  2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนขำนาญการพิเศษ  สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ  คลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559  โทรสาร :02-59019398 E-mail :jchanphet@gmail.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)** | |
| **โครงการที่** | **11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **15.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** | |
| **ตัวชี้วัดย่อย** | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)**  **15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)**  **15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)**  **การรักษาใน Stroke Unit**  **15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม**  **15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90**  **นาที (door to operation room time)** | |
| **ชื่อตัวชี้วัดย่อย** | **1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** (Lagging Indicator)  1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)  1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)  1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)  **2. การรักษาใน Stroke Unit** (Leading Indicator)  2.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit  **3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** (Leading Indicator)  3.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) 3.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | |
| **คำนิยาม** | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(Ischemic Stroke ;I63)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | |
| **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | |
| **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)**  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)  2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke ;I60-I69)  3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ;I60-I69) | |
| **การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง  3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Caremap) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ | |
| **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)** ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) | |
| **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)**  ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke;I63) | น้อยกว่าร้อยละ 5 | น้อยกว่าร้อยละ 5 | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (HemorrhagicStroke;I60-I62) | น้อยกว่าร้อยละ 25 | น้อยกว่าร้อยละ 25 | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke;I60-I69) | น้อยกว่าร้อยละ 7 | น้อยกว่าร้อยละ 7 | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | **การรักษาใน Stroke Unit** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | **ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time) | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล** | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | - ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12  - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม | |
| **แหล่งข้อมูล** | - รายงาน ตก.2  - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | |
| **1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน  (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก  (HemorrhagicStroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (HemorrhagicStroke ;I60-I62) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **4.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที  (door to operation room time)** | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 35 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 40 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 45 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 50 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | - | น้อยกว่าร้อยละ 5 | | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | - | น้อยกว่าร้อยละ 25 | | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | - | น้อยกว่าร้อยละ 7 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 55 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 60 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 70 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | - | มากกว่าหรือเท่ากับ  ร้อยละ 80 | | | |
| **small success**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง  - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke  - จัดอบรม Stroke: Basic course | - จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke  - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และStroke Unit  - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50 | - จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 | - ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ  - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5  - ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | - รายงาน ตก.2  - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | 3.43 | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) | - | - | - | - | 3.84 | | 22.28 | อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke;I60-I62) | - | - | - | - | 22.37 | | 8.15 | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) | 17.1 | 9.9 | 8.3 | 9.1 | 8.22 | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) | - | - | - | - | - | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit | - | - | - | - | - | | - | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) | - | - | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1.นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502  ต่อ 2408  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail :suchathanc@yahoo.com  2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480  ต่อ 1138  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : [j.bunthong@gmail.com](mailto:j.bunthong@gmail.com)  3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com  3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480  ต่อ 1138  โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : [j.bunthong@gmail.com](mailto:j.bunthong@gmail.com)  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence(ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **16.อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่** |
| **คำนิยาม** | **1 ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ  1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา  1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ  **2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ  2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง  2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค  **3 กลุ่มเป้าหมาย**  **3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน  **3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน  **4หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วย  4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ  4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)  **5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค(โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 85 | 85 | 85 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ  2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562  (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)** ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด |
| **1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1  ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)**คำนวณจาก  สูตรคำนวณ = (A/B) x 100  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured)  รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่  30 กันยายน 2562  B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) |
| **2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **ร้อยละความครอบคลุมการรักษา****ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)**คำนวณจาก  สูตรคำนวณ = (A/B) x 100  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)  B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ( 1 ตุลาคม 2561– -30 กันยายน 2562)คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน  **หมายเหตุ** ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | * ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 * ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 * ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส |
| **เงื่อนไขการคำนวณ** | 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค **ไม่นับรวม**   * ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) * ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561)   2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค  3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่ |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562-2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | - | - | - | ร้อยละ 85 |   **หมายเหตุ :**  ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562 | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ  **แนวทางการประเมินผล**  **1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศ  **2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่  **3 ระดับจังหวัด**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ  2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่\*\* | ร้อยละ | 82.8 | 84.2 | 84.4 |   **หมายเหตุ** \*\* อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค**  1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : phalin1@hotmail.com  2. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com  **กรมการแพทย์**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กองบริหารการสาธารณสุข**  ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935  E-mail : swillwan@yahoo.com  **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นายอรรถกร จันทร์มาทอง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196  โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com  **กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค** |

**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย**

**อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562**

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

**หมายเหตุ**

1.ค่าเฉลี่ย หมาย ถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา http://www.tbcmthailand.net

2. ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

**ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของ****ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**

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

หมายเหตุ

\* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฏร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย

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

\*\* ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

**ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**

| **เขตสุขภาพ** | **ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา** | | | | **ค่าเป้าหมายปี 2562**  **ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จำนวนปชก.ปี 2561\*** | **คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค( 156 ต่อแสน ปชก.)** | **จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปี 2561\*\*** | **ร้อยละความครอบคลุมการรักษาของปี 2561** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4=3/2** |  |
| **ประเทศ** | **66,188,503** | **103,254** | **77,376** | **74.9** | 85,185 |
| กรุงเทพมหานคร | 5,682,415 | 8,865 | 8,674 | 97.9 | 7,313 |
| จังหวัดกระบี่ | 469,769 | 733 | 394 | 53.8 | 605 |
| จังหวัดกาญจนบุรี | 887,979 | 1,385 | 1,050 | 75.8 | 1,143 |
| จังหวัดกาฬสินธุ์ | 986,005 | 1,538 | 1,304 | 84.8 | 1,269 |
| จังหวัดกำแพงเพชร | 729,133 | 1,137 | 780 | 68.6 | 938 |
| จังหวัดขอนแก่น | 1,805,910 | 2,817 | 2,507 | 89.0 | 2,324 |
| จังหวัดจันทบุรี | 534,459 | 834 | 659 | 79.0 | 688 |
| จังหวัดฉะเชิงเทรา | 709,889 | 1,107 | 726 | 65.6 | 914 |
| จังหวัดชลบุรี | 1,509,125 | 2,354 | 2,967 | 126.0 | 1,942 |
| จังหวัดชัยนาท | 329,722 | 514 | 241 | 46.9 | 424 |
| จังหวัดชัยภูมิ | 1,139,356 | 1,777 | 1,491 | 83.9 | 1,466 |
| จังหวัดชุมพร | 509,650 | 795 | 537 | 67.5 | 656 |
| จังหวัดเชียงราย | 1,746,840 | 2,725 | 1,423 | 52.2 | 2,248 |
| จังหวัดเชียงใหม่ | 1,287,615 | 2,009 | 1,510 | 75.2 | 1,657 |
| จังหวัดตรัง | 643,072 | 1,003 | 538 | 53.6 | 828 |
| จังหวัดตราด | 229,649 | 358 | 285 | 79.6 | 296 |
| จังหวัดตาก | 644,267 | 1,005 | 848 | 84.4 | 829 |
| จังหวัดนครนายก | 259,342 | 405 | 352 | 87.0 | 334 |
| จังหวัดนครปฐม | 911,492 | 1,422 | 873 | 61.4 | 1,173 |
| จังหวัดนครพนม | 718,028 | 1,120 | 664 | 59.3 | 924 |
| จังหวัดนครราชสีมา | 2,639,226 | 4,117 | 2,626 | 63.8 | 3,397 |
| จังหวัดนครศรีธรรมราช | 1,557,482 | 2,430 | 1,502 | 61.8 | 2,004 |
| จังหวัดนครสวรรค์ | 1,065,334 | 1,662 | 1,052 | 63.3 | 1,371 |
| จังหวัดนนทบุรี | 1,229,735 | 1,918 | 1,885 | 98.3 | 1,583 |
| จังหวัดนราธิวาส | 796,239 | 1,242 | 610 | 49.1 | 1,025 |
| จังหวัดน่าน | 479,838 | 749 | 422 | 56.4 | 618 |
| จังหวัดบึงกาฬ | 423,032 | 660 | 432 | 65.5 | 544 |
| จังหวัดบุรีรัมย์ | 1,591,905 | 2,483 | 1,510 | 60.8 | 2,049 |
| จังหวัดปทุมธานี | 1,129,115 | 1,761 | 848 | 48.1 | 1,453 |
| จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | 543,979 | 849 | 773 | 91.1 | 700 |
| จังหวัดปราจีนบุรี | 487,544 | 761 | 764 | 100.5 | 627 |
| จังหวัดปัตตานี | 709,796 | 1,107 | 628 | 56.7 | 914 |
| จังหวัดพระนครศรีอยุธยา | 813,852 | 1,270 | 687 | 54.1 | 1,047 |
| จังหวัดพะเยา | 477,100 | 744 | 570 | 76.6 | 614 |
| จังหวัดพังงา | 267,491 | 417 | 339 | 81.2 | 344 |
| จังหวัดพัทลุง | 524,857 | 819 | 460 | 56.2 | 675 |
| จังหวัดพิจิตร | 541,868 | 845 | 531 | 62.8 | 697 |
| จังหวัดพิษณุโลก | 865,368 | 1,350 | 955 | 70.7 | 1,114 |
| จังหวัดเพชรบุรี | 482,375 | 753 | 431 | 57.3 | 621 |
| จังหวัดเพชรบูรณ์ | 995,331 | 1,553 | 1,006 | 64.8 | 1,281 |
| จังหวัดแพร่ | 447,564 | 698 | 488 | 69.9 | 576 |
| จังหวัดภูเก็ต | 402,017 | 627 | 978 | 155.9 | 517 |
| จังหวัดมหาสารคาม | 963,072 | 1,502 | 1,368 | 91.1 | 1,239 |
| จังหวัดมุกดาหาร | 350,782 | 547 | 359 | 65.6 | 451 |
| จังหวัดแม่ฮ่องสอน | 279,088 | 435 | 187 | 43.0 | 359 |
| จังหวัดยโสธร | 539,542 | 842 | 641 | 76.2 | 694 |
| จังหวัดยะลา | 527,295 | 823 | 515 | 62.6 | 679 |
| จังหวัดร้อยเอ็ด | 1,307,911 | 2,040 | 1,434 | 70.3 | 1,683 |
| จังหวัดระนอง | 190,399 | 297 | 259 | 87.2 | 245 |
| จังหวัดระยอง | 711,236 | 1,110 | 1,014 | 91.4 | 915 |
| จังหวัดราชบุรี | 871,714 | 1,360 | 761 | 56.0 | 1,122 |
| จังหวัดลพบุรี | 757,273 | 1,181 | 792 | 67.0 | 975 |
| จังหวัดลำปาง | 746,547 | 1,165 | 800 | 68.7 | 961 |
| จังหวัดลำพูน | 405,918 | 633 | 366 | 57.8 | 522 |
| จังหวัดเลย | 641,666 | 1,001 | 525 | 52.4 | 826 |
| จังหวัดศรีสะเกษ | 1,472,031 | 2,296 | 2,071 | 90.2 | 1,895 |
| จังหวัดสกลนคร | 1,149,472 | 1,793 | 933 | 52.0 | 1,479 |
| จังหวัดสงขลา | 1,424,230 | 2,222 | 1,965 | 88.4 | 1,833 |
| จังหวัดสตูล | 319,700 | 499 | 239 | 47.9 | 411 |
| จังหวัดสมุทรปราการ | 1,310,766 | 2,045 | 1,803 | 88.2 | 1,687 |
| จังหวัดสมุทรสงคราม | 193,902 | 302 | 177 | 58.5 | 250 |
| จังหวัดสมุทรสาคร | 568,465 | 887 | 1,403 | 158.2 | 732 |
| จังหวัดสระแก้ว | 561,938 | 877 | 734 | 83.7 | 723 |
| จังหวัดสระบุรี | 642,040 | 1,002 | 852 | 85.1 | 826 |
| จังหวัดสิงห์บุรี | 210,088 | 328 | 204 | 62.2 | 270 |
| จังหวัดสุโขทัย | 599,319 | 935 | 622 | 66.5 | 771 |
| จังหวัดสุพรรณบุรี | 852,003 | 1,329 | 816 | 61.4 | 1,097 |
| จังหวัดสุราษฎร์ธานี | 1,057,581 | 1,650 | 1,140 | 69.1 | 1,361 |
| จังหวัดสุรินทร์ | 1,397,180 | 2,180 | 2,069 | 94.9 | 1,798 |
| จังหวัดหนองคาย | 521,886 | 814 | 570 | 70.0 | 672 |
| จังหวัดหนองบัวลำภู | 511,641 | 798 | 474 | 59.4 | 658 |
| จังหวัดอ่างทอง | 281,187 | 439 | 239 | 54.5 | 362 |
| จังหวัดอำนาจเจริญ | 378,107 | 590 | 332 | 56.3 | 487 |
| จังหวัดอุดรธานี | 1,583,092 | 2,470 | 1,658 | 67.1 | 2,037 |
| จังหวัดอุตรดิตถ์ | 457,092 | 713 | 463 | 64.9 | 588 |
| จังหวัดอุทัยธานี | 329,942 | 515 | 288 | 56.0 | 425 |
| จังหวัดอุบลราชธานี | 1,869,633 | 2,917 | 1,983 | 68.0 | 2,406 |

หมายเหตุ

\* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฏร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย

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

\*\* ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)** | | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ** | | |
| **โครงการที่** | **3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** | | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** | | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)** | | |
| **คำนิยาม** | **RDU** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2  - **RDU 1** หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย  - **RDU 2** หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย  **ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** มี 3 ระดับดังนี้   * **RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1** (รพ.) | **RDU 2**(รพ.สต.ใน CUP) | | 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ   4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3  5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 | **จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |  * **RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**  |  |  | | --- | --- | | **RDU** 1 | **RDU 2** | | 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10 4. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin\*, statins, ergots (\* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | **จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | RDU ขั้นที่ 2 80% | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | RDU ขั้นที่ 3 80% | | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา  2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | **RDU:**โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน |
| **รายการข้อมูล 1 (RDU)** | | A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1  A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 |
| **รายการข้อมูล 2 (RDU)** | | B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | RDU ขั้นที่ 1= (A1/B) x 100  RDU ขั้นที่ 2 = (A2/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 80%  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10 % | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 85%  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 10% | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 90%  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 15 % | RDU ขั้นที่ 1 ≥ 95 %  RDU ขั้นที่ 2 ≥ 20 % |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  | | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | RDU | ร้อยละ | - | RDU ขั้นที่ 1  ร้อยละ 61.49 | RDU ขั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ขั้น 2 ร้อยละ 9.51  (ข้อมูล 9 เดือน)  (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | **1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)**  **2. ภญ.นุชรินธ์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779  โทรสาร : 02-5907341 E-mail :nuchy408@gmail.com  **สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(ตัวชี้วัด RDU)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)  กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th  **กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น**  **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**  2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ** | |
| **โครงการที่** | **3.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** | |
| **คำนิยาม** | **AMR**เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาลโดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment)  และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **กิจกรรม AMR** (download แบบประเมินตนเองได้ทาง **https://goo.gl/qtJLuv**) | | | **1** | กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)   1. คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ(3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4)แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR(5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน | | **2** | การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ   1. การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ(5) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง(6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา(9) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ(NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทย์ฯ สคร. | | **3** | การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล   1. การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3)การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (4)การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (5) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม(6) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (7) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (8) การติดตามปริมาณการใช้ยา ทั้งภาพรวมและเฉพาะกลุ่มยา เช่นCarbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Betalactam/BetalactamaseInhibiotor (BLBI), Colistin(9) มีการติดตามมูลค่าการใช้ยา (10) การมีสรุปรายงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยา | | **4** | การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล   1. จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ(3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ(8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC | | **5** | การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ  โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 20ของรพศ./รพท.มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ(intermediate) |  | การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 % จาก baseline ปี 60 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา  2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | **AMR:**โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B)x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  | AMR ขั้น Intermediate ≥ 10 % |  | AMR ขั้น Intermediate ≥ 20 % |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  |  | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | AMR | ร้อยละ | - | - | **88.98**  (ผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้น basic ร้อยละ 70) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | **1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)**  **2. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541  โทรสาร : 02-5910343 E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)**  **3. นางวราภรณ์ เทียนทอง**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980  โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com  **สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)  กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น  สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. ภญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th  **กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น**  **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**  2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : [praecu@gmail.com](mailto:praecu@gmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **9.โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ** | **25.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** |
| **คำนิยาม** | **1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง** ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะsevere sepsis หรือ septic shock  **1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้  **1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง** ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม  **2. Community-acquired sepsisหมายถึง**การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis  อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม   1. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis   **3. กลุ่มเป้าหมาย**ในปีงบประมาณ 2562จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป  **4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง** การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพี่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) qSOFAตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3)modified early warning scoreSOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้  **5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล** หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล  **ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง**เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล **<**ร้อยละ 24ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis **<**ร้อยละ 48ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | <ร้อยละ 30 | <ร้อยละ 28/50 | <ร้อยละ 24/48 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจากICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 3** | C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น |
| **รายการข้อมูล 4** | D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A+C) / D × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 6 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 30 | - | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 30 | | - | อัตราการได้รับ Antibiotic  ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | - | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | - | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg  ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | - | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg  ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 | | - | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)  ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ30 | - | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม.  ไม่น้อยกว่าร้อยละ30 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 28และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 50 |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 28และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 50 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน  กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 48 |  | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsisน้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis  น้อยกว่าร้อยละ 48 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ  2. เกณฑ์การให้คะแนน:  ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |  | สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด  ร้อยละ40 | สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด  ร้อยละ20 | ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี | ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย  ที่กำหนด  ร้อยละ10 | ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย  ที่กำหนด  ร้อยละ20 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง | ร้อยละ | 34.79 | 32.03 | 34.65 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.พจน์ อินทลาภาพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี   โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891 E–mail :[drpojin@yahoo.com](mailto:drpojin@yahoo.com)   1. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก   โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535 E–mail :[mr.sepsis@yahoo.com](mailto:mr.sepsis@yahoo.com)   1. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง   โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E–mail :crisis27@gmailcom |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  3.สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499  โทรสาร 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com |

**ตารางประกอบคำนิยาม**

**ตารางที่ 1SIRS (systemic inflammatory response syndrome)**

Temperature >38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ PaCO2<32 mm Hg

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

**ตารางที่ 2tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction**

มีภาวะ hypotension

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

Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2<200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine>2.0 mg/dL(176.8μmol/L)

Bilirubin >2 mg/dL(34.2μmol/L)

Platelet count <100,000μL

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

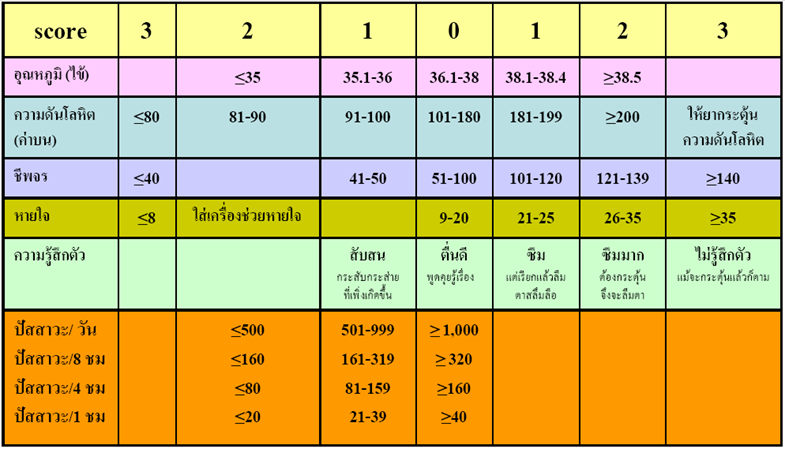
**ตารางที่ 3qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่**

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

2. Systolic blood pressure ≤100 mm Hg

3. Respiratory rate ≥22/min

**ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)**



**การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล**

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

**Interpretation**

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

**ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)**

**ปีงบประมาณ 2561**

**ชื่อโรงพยาบาล............................................................. H code ............................................**

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

**หมายเหตุ :**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

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

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

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

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ :** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | | **15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | | **33.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กาหนดของแต่ละระบบ**  **และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)** |
| **คำนิยาม** | | **ผู้ติดยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 20 | 22 | 24 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **แหล่งข้อมูล** | | ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ฑัณทสถานและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย |
| **รายการข้อมูล 2** (**Leading Indicator)** | | B = จำนวนผู้ติด ที่รับบการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 20 | 20 | 20 |   **ปี 2563:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 22 | 22 | 22 |   **ปี 2564:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 24 | 24 | 24 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ข้อมูล**  สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data Indicator** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน 1 ปี (Retention Rate) | ร้อยละ |  |  |  |   หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884  สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ  5. นางอรพิน ทนันขัตินักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106  สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  กองบริหารการสาธารณสุข  กรมการแพทย์ | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1.นางอุบล ศรีประเสริฐนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** | |
| **โครงการที่** | **15. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด** | |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** | |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **34.ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)** | |
| **คำนิยาม** | ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 -3 และผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4 – 26 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 40 | 42 | 44 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบําบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) | |
| **แหล่งข้อมูล** | สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ฑัณทสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว | |
| **รายการข้อมูล 2** (**Leading Indicator)** | B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน) | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 40 | 40 | 40 |   **ปี 2563:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 42 | 42 | 42 |   **ปี 2564:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 44 | 44 | 44 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | **ข้อมูล**  สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data Indicator** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate) | ร้อยละ |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884  สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  3. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  กลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนสุขภาพ  5. นางอรพิน ทนันขัตินักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-951 0000 ต่อ 99162 โทรสาร : 0 2580 5106  สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)** | | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1.นางอุบล ศรีประเสริฐนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 2422 โทรสาร : 02-590 1863  ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740  กองบริหารการสาธารณสุข  3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399  สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1** |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1** | **เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80  1.2อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2** | **ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง**  2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100  2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury)(รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) |
| **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3** | **เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80  3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 |
| **คำนิยาม** | **ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)  **แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา “**ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)**” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน  **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ**  **“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง** ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ**การคัดแยกเป็น Triage Level 1**  **“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน  “**การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI**” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของ หน้าที่การทำ งานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอกทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 \*โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 12 |  |  | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | **-** | **-** |   1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | **-** | **-** | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2**  2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 100 | - | - |   2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 45 | - | - | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | - | - |   3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 80 | - | - | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ  ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2ขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | HDC  1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน  2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION  3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT |
| **แหล่งข้อมูล** | มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.2** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.2** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1** | **ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2** | | A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที | A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม. | A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ | A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ ( ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า ( ICD 10: R 40.243} | A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ | A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ | | B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ | B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ ( ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า ( ICD 10: R 40.243) | B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 | B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :** อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินใน**โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1< 15% | - | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1< 12% | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :**  1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 | อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :**  1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 60 | | |
| 2.1อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 | - | อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 | | |
| 2.2อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | ไม่เกิน 45 % | | |
| **เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :**  3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 10 | | |
| 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่  จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก  รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง  วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน  Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ  วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ  นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม  ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน  **ขั้นตอนที่ 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล  2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด  2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม  ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง  3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน  24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/  คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | |  | ร้อยละ | N/A | N/A | 11.89 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** | 1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**  2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886  โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com  **โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**  3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com  **กรมการแพทย์** |
| **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**  2. นายสโรช จินดาวณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599  โทรสาร : 02-5901853 Email: maxjung\_woo@hotmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829  โทรสาร : 02-5901853 E-mail : m.b.parichat@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  4. นางสาวพิมลมาส คุ้มชุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945  โทรสาร : 02-5901853 E-mail : pepimolmas11@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน**  5. นายอัครเดช เป็งจันตา นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702  โทรสาร : 02-5901853 Email: akaradhp@gmail.com  **กองสาธารณสุขฉุกเฉิน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669  โทรสาร : Email : sorajja.c@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูลนายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384  โทรสาร : E-mail : teerachai.y@gmail.com  **สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์**  2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830  โทรสาร : 02-3547084 E-mail :kveerasarn@gmail.com  **สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์**  3. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310  โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com  **กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์**  4. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุ**รี |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **42.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** |
| **คำนิยาม** | **1. เขตสุขภาพ (Regional Health)** หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ** | **จำนวนจังหวัด** | **จังหวัด** | | 1 | 8 | เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน | | 2 | 5 | ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ | | 3 | 5 | กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานีชัยนาท | | 4 | 8 | นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทองนครนายก | | 5 | 8 | กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี | | 6 | 8 | จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ | | 7 | 4 | กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด | | 8 | 7 | นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี | | 9 | 4 | ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ | | 10 | 5 | ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญมุกดาหาร | | 11 | 7 | กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี | | 12 | 7 | นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูลพัทลุง ตรัง |   **2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง  2.1 ข้าราชการ   2.2 พนักงานราชการ  2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข  2.4 ลูกจ้างประจำ  2.5 ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)   ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน  **3. เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย  **3.1 มีข้อมูล** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) ข้อมูล** หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น  ชื่อ – สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ  **2) รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ  **3) ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข **4) มีข้อมูล** หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข **3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด  **2) แผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอน การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวมและกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น  **3) มีแผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมีกิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2)  **3.3 มีการดำเนินการตามแผน** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) แผน** หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง  **2) การบริหารจัดการ** หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จจนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)  **3) การสรรหาบุคคล** หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน  **4) มีการดำเนินการตามแผน** หมายถึงมีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล  **3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71** คะแนนเต็ม 25 คะแนน  **1) กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี 2560 – 2564 ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)  **2) การให้บริการทางการแพทย์** หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก(มติ อ.ก.พ กระทรวง ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561) ได้แก่  **2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง** หมายถึง สายงานที่สรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่  1. นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฟื้นฟู  2. นักกิจกรรมบำบัด/จพ.อาชีวบำบัด  3. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์  4. นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์  5. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  6. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก  7. นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์  **2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน**ได้แก่  1. นายแพทย์  2. ทันตแพทย์  3. เภสัชกร  4. พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค  5. จพ.ทัตนสาธารณสุข  6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม  7. ช่างทันตกรรม  8. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข  9. แพทย์แผนไทย  10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์  **3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ** หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71  **4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง  จำนวนเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |   **เกณฑ์การให้คะแนน**  **เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ประกอบด้วย  1. มีข้อมูล คะแนนเต็ม 25 คะแนน  2. มีแผนบริหารตำแหน่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน  3. มีการดำเนินงานตามแผน คะแนนเต็ม 25 คะแนน  4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 คะแนนเต็ม 25 คะแนน  รวม 100 คะแนน  **รายละเอียดการให้คะแนน** :  1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | | 1 | ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน | 10คะแนน | | 2 | มีการรายงานสถิติกำลังคน | 5คะแนน | | 3 | มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ) | 10คะแนน | | รวม | | 25 คะแนน |   2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | | 1 | มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน | 5 คะแนน | | 2 | จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง | 5คะแนน | | 3 | มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ | 10 คะแนน | | 4 | มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพทราบ (หนังสือเวียน/ประกาศ) | 5 คะแนน | | รวม | | 25 คะแนน |   3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)  **ตัวชี้วัด** ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด  **สูตรคำนวณ**= จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพX 100  จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน | | ไตรมาส 2 | ร้อยละ 8 | ร้อยละ 7 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 | | ไตรมาส 4 | ร้อยละ 6 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 4 | ร้อยละ 3 |   4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)  **สูตรคำนวณ**=จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริงX 100  กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เกณฑ์การให้คะแนน | 10 คะแนน | 15 คะแนน | 20 คะแนน | 25 คะแนน | | ไตรมาส 4 | ร้อยละ 68 | ร้อยละ 69 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 71 |   **แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เขตสุขภาพ** | **การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** | | | | | | | | **มีข้อมูล**  (25 คะแนน) | **มีแผนบริหารตำแหน่ง**  (25 คะแนน) | **มีการดำเนินงานตามแผน**  (25 คะแนน) | **บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ≥71 %**  (25 คะแนน) | **รวม**  (100 คะแนน) | **ผ่าน (≥ 70%)**  **/** | **ไม่ผ่าน**  **(< 70%)**  **X** | | **1** |  |  |  |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  |  |  |  | | **5** |  |  |  |  |  |  |  | | **6** |  |  |  |  |  |  |  | | **7** |  |  |  |  |  |  |  | | **8** |  |  |  |  |  |  |  | | **9** |  |  |  |  |  |  |  | | **10** |  |  |  |  |  |  |  | | **11** |  |  |  |  |  |  |  | | **12** |  |  |  |  |  |  |  | | **รวม** |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข  2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถบริหารจัดการ  ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุข  ไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ   พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน))  2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)  2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน   ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)  2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.) |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาสที่ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน | มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด | เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS |
| **เอกสารสนับสนุน :** |  |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ | ร้อยละ | - | - | 73.68 |   ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นละ 73.68 โดยคำนวณจากจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอตามกรอบอัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 จำนวน 59 จังหวัด เทียบกับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862  โทรสาร : 02-5901858 E-mail : hrmoph@gmail.com  **กลุ่มงานบริหารผลการปฏิบัติราชการและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบริหารทรัพยากรบุคคล**  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail : pink1327@hotmail.com  2. นายวิฑูรย์ หอมดวง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail : nonglom@hotmail.com  3**.** นางสาวมินตรา จิรมงคลโรจน์ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02–5918553 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5901355 E-mail :mintra.jiramongkonrod@gmail.com  **กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางฐิตาภรณ์ จันทร์สูตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com  2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 – 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com  3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662  โทรสาร : 02-5901344 E-mail hrmd.strategy@gmail.com  **กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล**  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการวัดผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** |
| **คำนิยาม** | **องค์กรแห่งความสุข หมายถึง** หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ขั้นได้แก่  ขั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)  ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)  และสุขภาวะองค์กร (HPI)  ขั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข  ขั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข  ขั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **การทำแบบประเมินHappinometer: บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. ข้าราชการ  2. พนักงานราชการ  3. ลูกจ้างประจำ  4. พนักงานราชการ  5. ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา)  **การทำแบบประเมิน HPI : บุคลากรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน โดยหน่วยงานประกอบด้วย**  1. หน่วยงานส่วนกลาง  2. เขตสุขภาพ  3. สสจ.  4. รพศ.  5. รพท.  6. รพช.  7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based  2.รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms |
| **แหล่งข้อมูล** | Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน** | 1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)  2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) |
| **รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer** | A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) |
| B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI** | A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI) |
| B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1) |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2) |
| **แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน** | รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3)  ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุกไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | --- | --- | --- | --- | | 1.ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)  2.ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) | ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผลHappinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข | ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม | มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 80 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และแบบประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | สำรวจ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1)  แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2)  แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**  **Happinometer** | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometerไปใช้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | ร้อยละ | - | 78.84 | 71.9  (9 เดือน) | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**  **HPI** | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | - | ร้อยละ | - | 62.18 | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com  3. นางสาวจิราพร อิทธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 085-1273438  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : [j.kaampou@gmail.com](mailto:j.kaampou@gmail.com)  4. นางสาวรัชนก พิมพ์สะอาด นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 080-4818387  โทรสาร : 02-5918628 E-mail : [mook\_0507@hotmail.com](mailto:mook_0507@hotmail.com)  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

**เอกสารแนบ 1**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2**

**ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผลHappinometer และ HPI**

**จังหวัด**..........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** |  | **ผลการวิเคราะห์Happinometer** | | | | **ผลการวิเคราะห์ HPI** |
| **เพศ** | **อายุ** | **สายงาน** | **ความสุขรายมิติ** | **อื่น ๆ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารแนบ 2**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3**

**ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม**

**มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ**

**จังหวัด**..........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หน่วยงาน | **องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข** | | | **ผลการดำเนินงานตามแผน** | | | **ปัญหา/อุปสรรค** |
| **ผลวิเคราะห์ Hppinometer** | **ผลวิเคราะห์ HPI** | **ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน**  **(เช่น อัตรากำลัง กลุ่มอายุ สายงาน)** | **ดำเนินการแล้ว** | **อยู่ระหว่างดำเนินการ** | **ปรับแผน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารแนบ 3**

**แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4**

**มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง**

**(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ 4)**

**จังหวัด**..........................................................

**หน่วยงาน**.....................................................

**ประเด็น Success story หรือ Bright spot**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**บทสรุปผู้บริหาร**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

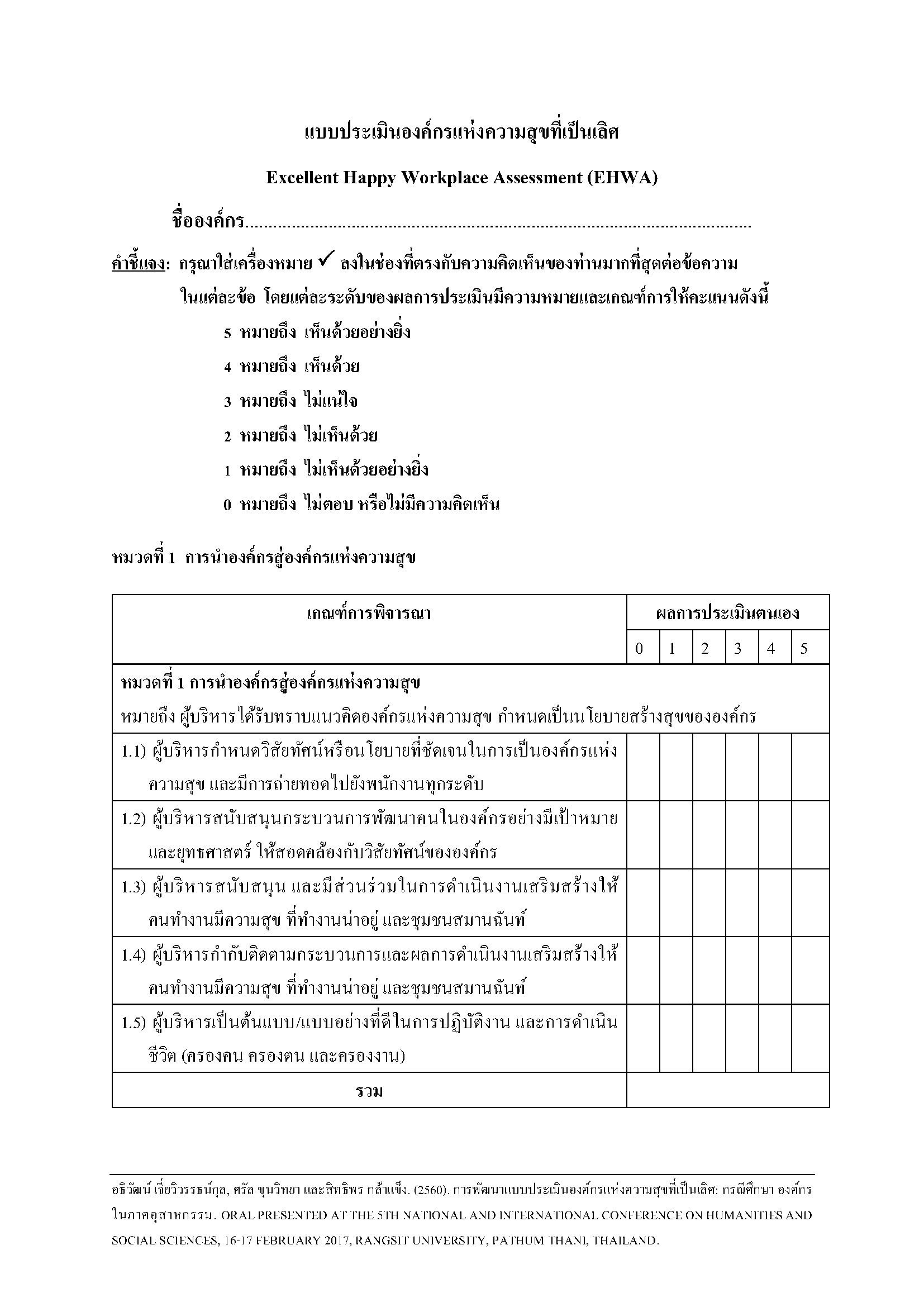
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

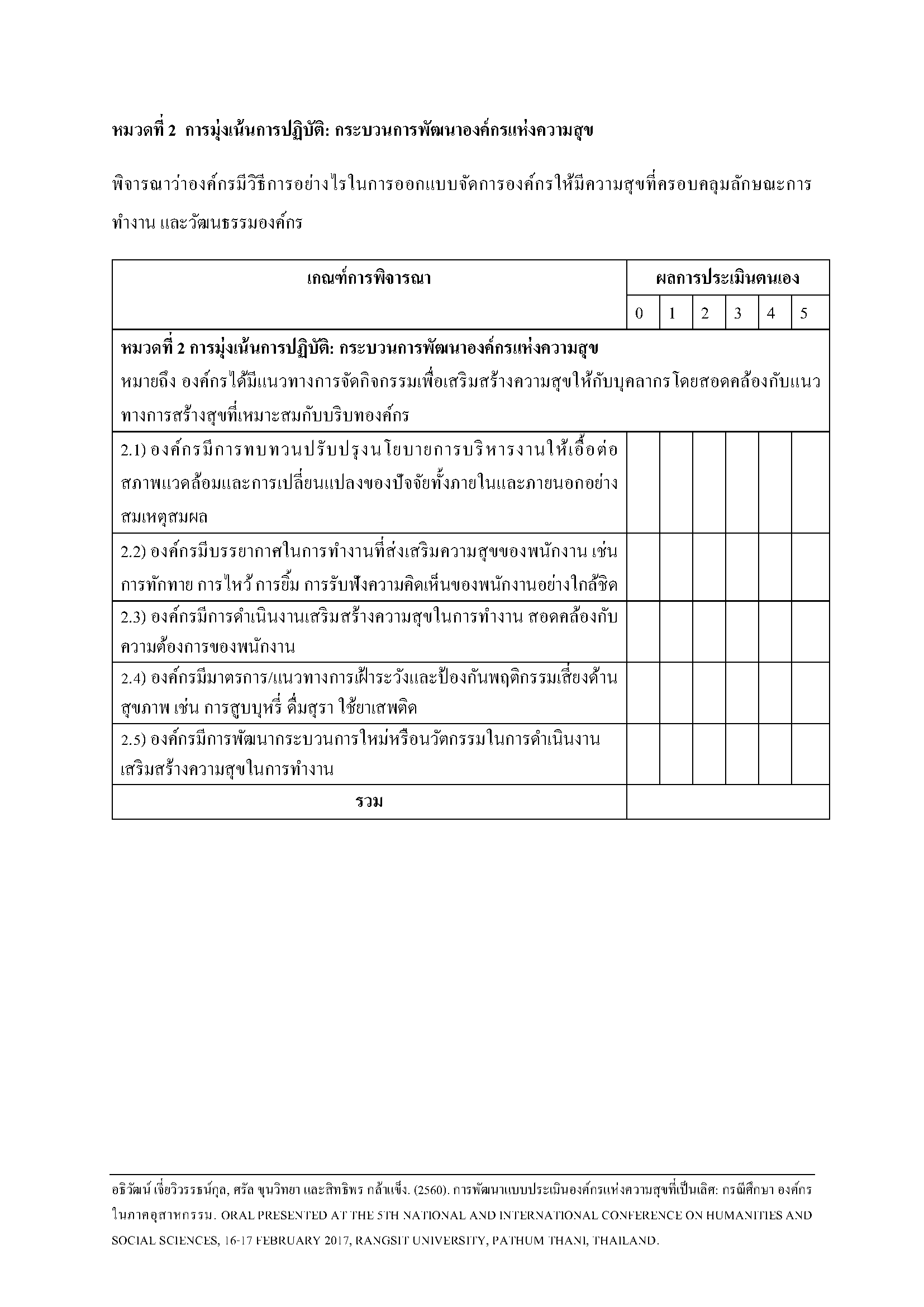
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

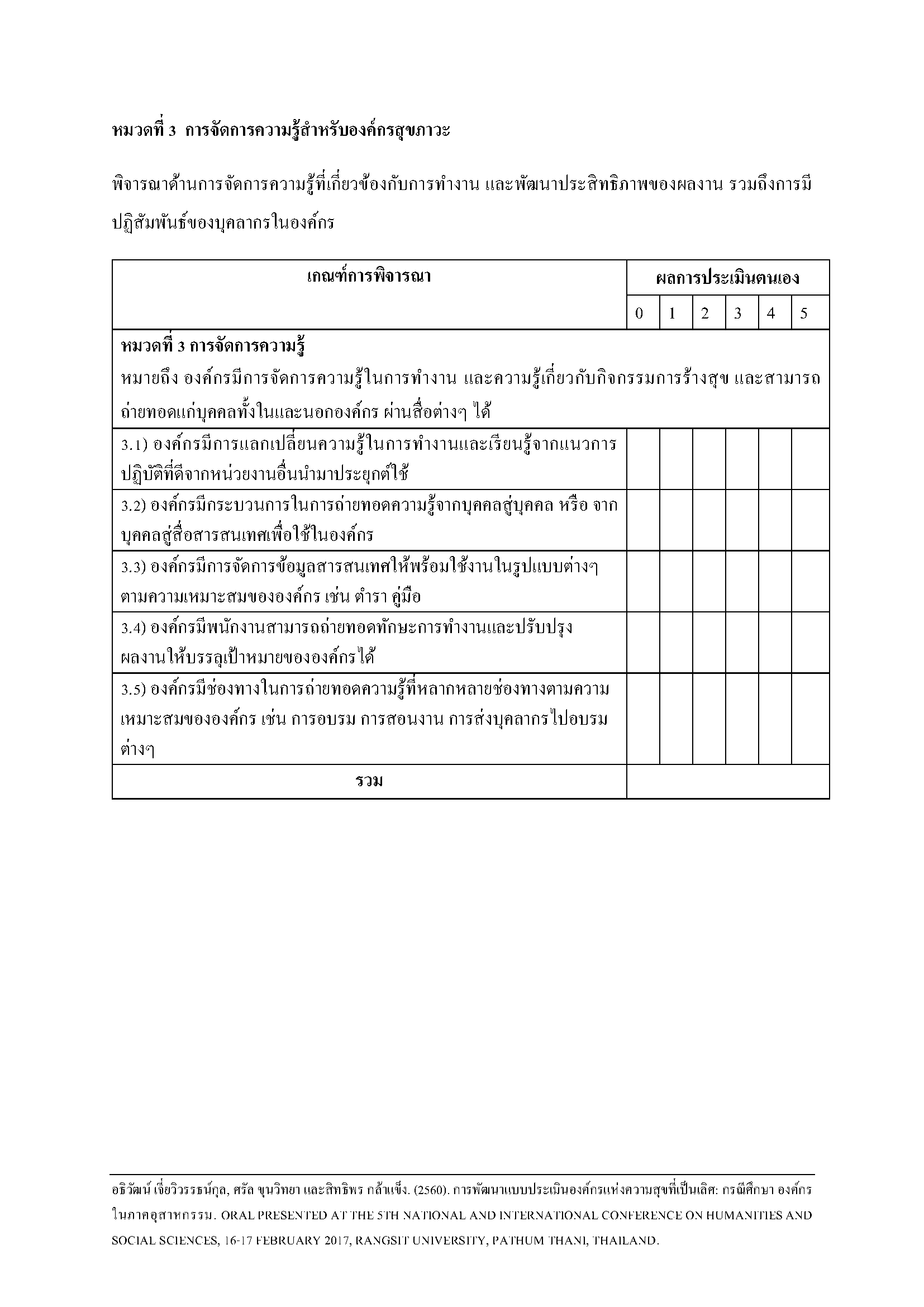
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

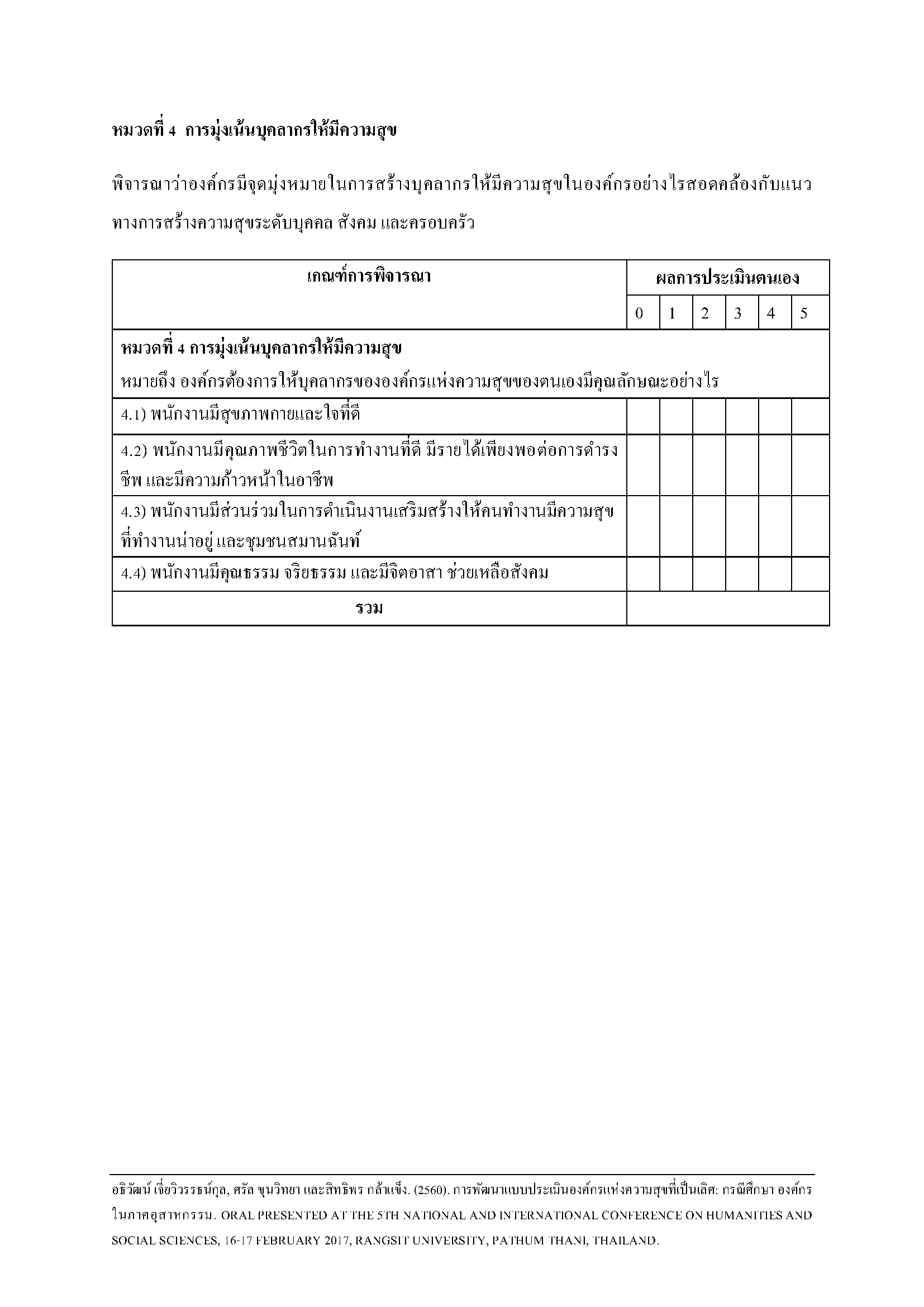
**ผู้ประสานงาน**…………………………………………………………**เบอร์ติดต่อ**…………………………………………………………

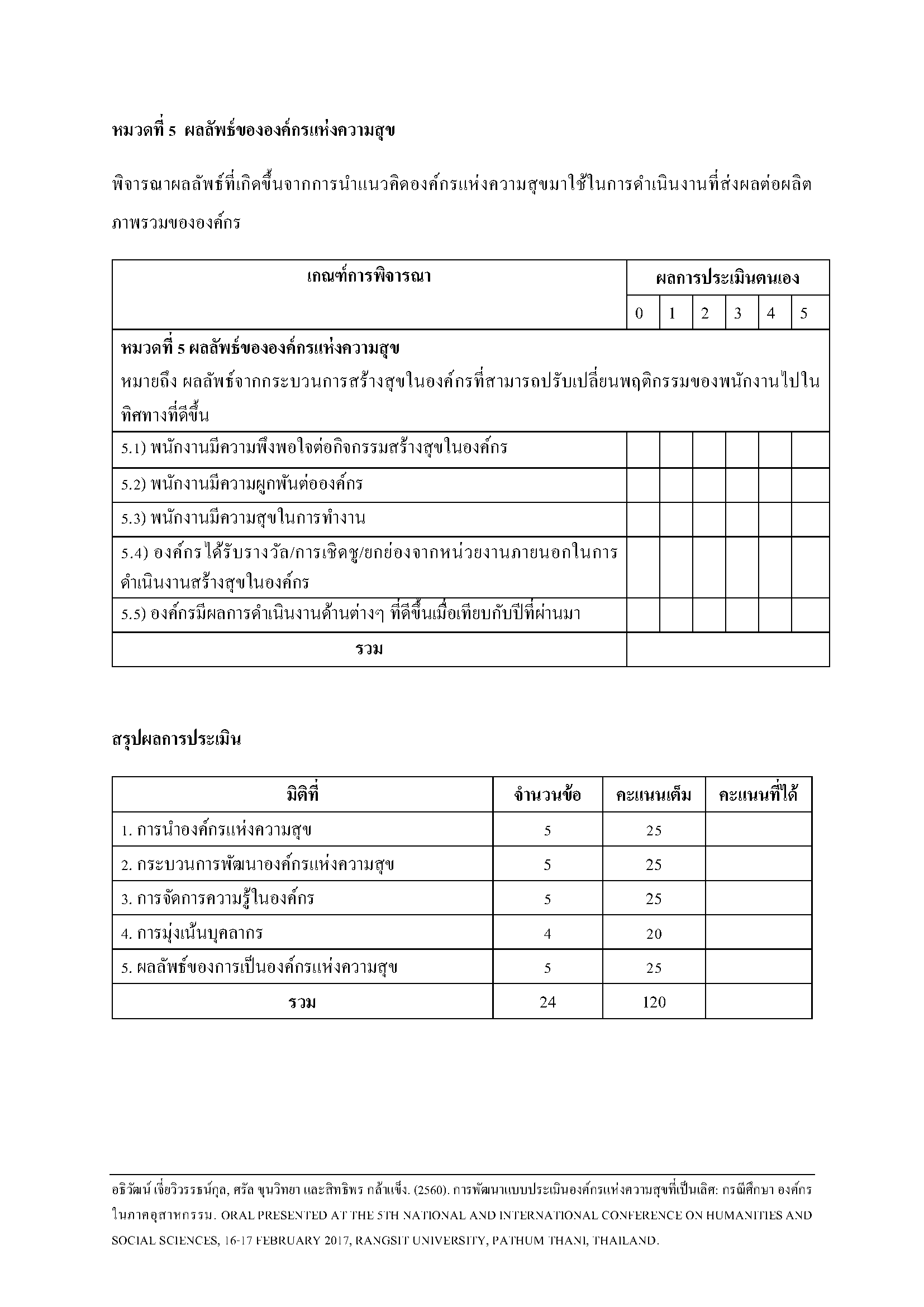
เอกสารแนบ 4











|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** | |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** | |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** | |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต/จังหวัด** | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด** | |
| **คำนิยาม** | **ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้   1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 878 แห่ง   **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ** หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์การ 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากรหมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการโดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้   1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 คำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดำเนินการหมวด 2 กับ หมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain)หมวด 1 กับ หมวด 5  |  |  | | --- | --- | | พ.ศ. | ภาคบังคับ | | 2561 | หมวด 1,หมวด 5 (Maintain) | | 2562 | หมวด 2,หมวด 4 | | 2563 | หมวด 3,หมวด 6 | | 2564 | หมวด 1- 6 | | 2565 | หมวด 1- 6 |  1. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (SelfAssessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน 2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ 3. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัดตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) 4. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ 5. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน 7. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |  |  | | --- | --- | | **ระดับหน่วยงาน** | **ปีงบประมาณ 2562** | | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง | ระดับ 5(ร้อยละ 70) | | 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ระดับ 5 (ร้อยละ 70) | | 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | ระดับ 5 (ร้อยละ 40) | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด | |
| **รายการข้อมูล 3** | A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 4** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด | |
| **รายการข้อมูล 5** | A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| **รายการข้อมูล 6** | B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การ ครบ 13 คำถามภายในระยะ เวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการมีผลประเมินองค์การ (SelfAssessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain)หมวด 1 กับ หมวด 5  3.ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด  4.ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด  2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด | 1.กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5  (ร้อยละ 70)  2.สำนักสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)  3.สำนักสาธารณสุขอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40) | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **ขั้นตอนการดำเนินงาน** | | **1** | ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.20 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.60 คะแนน** | **0.80 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 5 คำถาม | 7 คำถาม | 9 คำถาม | 11 คำถาม | 13 คำถาม |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval) | | **2** | ส่วนราชการประเมินองค์การ (SelfAssessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **หมวด** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.10 คะแนน** | **0.20 คะแนน** | **0.30 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.50**  **คะแนน** | | หมวด 2 | 5 คำถาม | 7 คำถาม | 9 คำถาม | 11 คำถาม | 13 คำถาม | | หมวด 4 | 6 คำถาม | 8 คำถาม | 10 คำถาม | 12 คำถาม | 14 คำถาม |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.10 คะแนน (interval) | | **3** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 2562 | มีแผน 1 หมวด | มีแผน 2 หมวด |   ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562 | | **4** | ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับ หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.10 คะแนน** | **0.20**  **คะแนน** | **0.30 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.50**  **คะแนน** | | หมวด 2 | 1 ตัวชี้วัด | 2 ตัวชี้วัด | 3 ตัวชี้วัด | 4 ตัวชี้วัด | 5 ตัวชี้วัด | | หมวด 4 | 1 ตัวชี้วัด | 2 ตัวชี้วัด | 3 ตัวชี้วัด | 4 ตัวชี้วัด | 5 ตัวชี้วัด |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval) | | 5 | ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระยะเวลา** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **- 0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | รอบ 3 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค.62 | ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62 | | รอบ 6 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย.62 | ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62 | | รอบ 9 เดือน | ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค.62 | ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62 | | รอบ 12 เดือน | ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย.62 | ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62 |   เกณฑ์การให้คะแนน  ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน  4 | | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่http://www.opdc.go.th/ | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงาน**  **ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กองส่วนกลาง | ระดับ | - | - | N/A | | สสจ. | ระดับ | - | - | N/A | | สสอ. | ระดับ | - | - | N/A |   หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสุวรรณา เจริญสวรรค์   โทรศัพท์ที่ทำงาน:02-5901038  โทรสาร:02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052  E-mail:oeysuwanna@gmail.com |
| 1. น.ส.อังคณางค์ หัวเมืองวิเชียร   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277  E-mail: lkung1038@gmail.com |
| 1. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน   โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963  โทรสาร: 02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444  E-mail: a.deethongon@gmail.com |
| 1. น.ส.กฤติกา ทรีย์มาติพันธ์   โทรศัพท์ที่ทำงาน:02-5901963  โทรสาร:02-5901406 | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์มือถือ:095-7120954  E-mail:trekrittka@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มพัฒนาระบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ผู้รับผิดชอบการการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางภารวี แก้วพันนา   โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079  โทรสาร: 02-5901406 | ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901018  E-mail:Paravee.kpr@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence(ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)** |
| **ระดับการวัดผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **46. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** |
| **คำนิยาม** | **โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง**   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน165 แห่ง * โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)   **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้  **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง  **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2  **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รายละเอียด** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | | 2. โรงพยาบาลชุมชน | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค  และกรมสุขภาพจิต  2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **แหล่งข้อมูล** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 2** | B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง  ขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 4** | D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง  ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100  2. (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562) |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2562 :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภท** | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 97.00 | ร้อยละ 98.00 | ร้อยละ 99.00 | ร้อยละ 100.00 | | โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 87.00 | ร้อยละ 88.00 | ร้อยละ 89.00 | ร้อยละ90.00 | | |
| **วิธีการประเมินผล:** | ⦁ ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ  96.00 | ร้อยละ  97.00 | ร้อยละ  98.00 | ร้อยละ  99.00 | ร้อยละ 100.00 | | โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 86.00 | ร้อยละ 87.00 | ร้อยละ 88.00 | ร้อยละ 89.00 | ร้อยละ 90.00 |   **เงื่อนไข :**  1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ  กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่งประกอบด้วย   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง   (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่  และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)  2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง  (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)  (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)  2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ  3.ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  (องค์การมหาชน) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ⦁ จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 | ร้อยละ | ไม่มีข้อมูล | ร้อยละ96.36 | ร้อยละ 83.64 | ร้อยละ 99.39 | | ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 | ร้อยละ | ร้อยละ 69.40 | ร้อยละ 69.49 | ร้อยละ 62.31 | ร้อยละ  85.75 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-590-0802 E-mail : -  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com  4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com  5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : w-wunchai@hotmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข**  1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02 -591-8234 E-mail : -  2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูงนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  พิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรศัพท์มือถือ : –  โทรสาร : 02 -591-8234 E-mail : -  3 นางสาวกัลยณัฏฐ์ วงษ์ขุนไกลนักวิเคราะห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942  โทรสาร : 02-591-8234 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com  **กรมการแพทย์**  1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393  โทรสาร : 02-590-3268 E-mail : jama\_pin@hotmail.com  2. นางรจนา บุญผ่องนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695  โทรสาร : 02-590-3268 E-mail : trodjana@hotmail.com  **กรมควบคุมโรค**  1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712  โทรสาร : 02-149-5533 E-mail : -  2. น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนานักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรศัพท์มือถือ 083-139-673  โทรสาร : 02-149-5533 E-mail : sidarama4@gmal.com  **กรมสุขภาพจิต** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : E-mail :  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : chittima2197@gmail.com  4. นางสาวศิวพร บุญเสก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com  5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต นักวิชาการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755  โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : [w-wunchai@hotmail.com](mailto:w-wunchai@hotmail.com)  **กองบริหารการสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **47.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว** |
| **คำนิยาม** | **1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง** หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)  **2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี  มีเกณฑ์ประเมินดังนี้  **หมวด 1** การนำองค์กรและการจัดการดี  **หมวด 2** การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  **หมวด 3** การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  **หมวด 4** การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  **หมวด 5** ผลลัพธ์  โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้  ร้อยละ 60.00 -69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)  ร้อยละ 80ขึ้นไป เท่ากับ 5ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)  **3. การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100  2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **กระบวนการ** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | Accreditation | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | | Re-accreditation | - | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61  ร้อยละ 100 | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62  ร้อยละ 100 | ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63  ร้อยละ 100 | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,820แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2560 และ ปี 2561) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม)  B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว(สะสม)  C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3ดาว (สะสม) |
| **รายการข้อมูล 2** | D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (9,806 แห่ง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3–4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ  2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก)  3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2562 | 1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง  2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม | 1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา  2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต | 1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100  2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม) |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 80 (สะสม) |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) |   **ปี 2565:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | 4,987 แห่ง | ร้อยละ | - | 17.13 | 50.85 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937 |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Smart Hospital** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ /เขต/จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **49. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital** |
| **คำนิยาม** | **Digital Transformation**หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัยในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital  **Smart Hospital**หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ  ในปีงบประมาณ 2562กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น SmartHospitalไว้ 3 ระดับ ดังนี้  **ระดับ 1**SmartTools **:** หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่   1. มีระบบให้บริการนัดหมาย หรือ จองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือน   ผู้รับบริการแบบ “ออนไลน์” (Queue Online)เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิคอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS   1. มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway   *โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ SmartToolsทั้ง 2 ระบบจึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1*  **ระดับ 2.** Smart Service :หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเช่น   * การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ * การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Cardแบบกระดาษ   *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องมี Smart Serviceเรื่องการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2*  **ระดับ 3.** Smart Outcome: หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model(Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการสามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง  *โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดงSuccess Story จากSmart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3* |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น SmartHospital ในระดับจังหวัด และระดับเขต/กรมวิชาการ ดังนี้   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ | | | | | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | | โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมวิชาการ) มีการดำเนินงาน Digital Transformationเพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital **ผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป** | รพศ./รพท  จังหวัดละ 1 แห่ง | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | ร้อยละ 100  ของ รพศ./รพท | | ร้อยละ 50  ของ รพช | ร้อยละ 70  ของ รพช | ร้อยละ 85  ของ รพช | ร้อยละ 100  ของ รพช | | ร้อยละ 50  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 70  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 85  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | ร้อยละ 100  .ของ รพ.  สังกัดกรมวิชาการ | | |
| **วัตถุประสงค์** | * เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย * โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ * บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม * เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร  สป.สธ. รวบรวม  2. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI ของ  กองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.  2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.  3. สำนักงานเขตสุขภาพ  4. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค)  5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานDigital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น  Smart Hospital ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด/ เขต/ กรมวิชาการ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **รพ.กลุ่มเป้าหมาย**คือ  1.รพ.สังกัด สป. คือ  - รพศ/รพท 116 แห่ง  - รพช 781 แห่ง  2.รพ.สังกัดกรมวิชาการ ทุกแห่ง  รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital | **ร้อยละ 50**  ของรพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | **ร้อยละ 75**  ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | **ร้อยละ 100**  ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย  ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ.  2. การตรวจเยี่ยมจากจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)   2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน H4U  3. คู่มือ MOPH Connect Smart Queue กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.  4. คู่มือแอปพลิเคชั่น “Hygge Medical Service” เขตสุขภาพที่ 5 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital | แห่ง | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **Project Manager**  1.นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693  โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.**  2.นายแพทย์เลอศักดิ์ ลีนะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรศัพท์มือถือ : 0818925883  โทรสาร : 025901215 E-mail : drlersak2012@gmail.com  **รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**  **Smart Tools:**  นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708  โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.**  **Smart Service :**  นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543  โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | **Smart Tools:**  1.เดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693  โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.**  2.นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 414 โทรศัพท์มือถือ : 0871015708  โทรสาร : 025901215 E-mail : kmapong@gmail.com  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ**.  **Smart Service:s**  นายสัมฤทธิ์ สุขทวี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901214 โทรศัพท์มือถือ : 0818017543  โทรสาร : 025901215 E-mail : hait@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663  โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **12.การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Smart Hospital** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ/เขต/จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ** |
| **คำนิยาม** | **PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง** ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ **บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** โดยขยายความได้ดังนี้   * บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ * บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค * บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการ ที่บ้านและชุมชน * บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการทิ้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือ โทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน   **ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล *(อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า 2-3)*  **Application PCC หมายถึง** ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็กกระทัดรัดเหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ | | | | | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | | ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. | ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2563 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2564 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | ทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2565 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน | | |
| **วัตถุประสงค์** | * เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) * เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าข้อมูลเอง * เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย * เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทีม PCC (ทีมหมอครอบครัว) ทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC  2. สสป. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)  2. โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีม PCC 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ.  4. สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)  5. สำนักงานเขตสุขภาพ  6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทีม PCC ที่ใช้ Application PCC |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 (12 เดือน) |
| **เกณฑ์การประเมิน ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ  2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ทีม เป็น PCC นำร่อง  3. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC | 1. มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำร่อง  2. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ | 1. มีการนำ Application PCC ไปใช้กับทีม PCC  ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก  หมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี 2562  (ร้อยละ 50)  2. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC  3. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อมข้อเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ | มีการนำ Application สำหรับ PPC ไปใช้ใน PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.ในปี 2562(ร้อยละ 100) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. ตรวจสอบจากรายงานที่เสนอ CIO สป.สธ.  2. ผลการใช้งาน Application PCC โดยการสอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ได้ทดลองใช้งานจริง |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway)  2. ผลวิเคราะห์แนวทางการใช้ ApplicationPCC ดูแลประชาชน (PCC Platform) โดย สปค.  3. คู่มือ การใช้งาน App. PCC |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | | ทีม PCC ที่มีการใช้App. PCC | แห่ง | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **Project Manager:**  1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน  การบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808  โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com  **โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)**  2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532  โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน  การบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 0931310808  โทรสาร : - E-mail : paitoongt@gmail.com  **โรงพยาบาลกำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.)**  2. นายวสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ  การสื่อสาร สป.สธ.  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416 โทรศัพท์มือถือ : 0816399532  โทรสาร : 025901215 E-mail : wasun.s@moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางรุ่งนิภา อมาตยคง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200 โทรศัพท์มือถือ : 0870276663  โทรสาร : 025901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th  **ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ |  | กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์ | | 1.1 CR < 1.5 | 1 | CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.2 QR < 1.0 | 1 | QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.3 Cash < 0.8 | 1 | Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน | | 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน |  | กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน | | 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0 | 1 | เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน | | 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0 | 1 | ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย | | 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ |  | กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน | | 3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก &มี NI ติดลบ) |  | กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ | | a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน | 0 | เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ | | b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน | 1 | \* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ | | c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <หรือ = 3 เดือน | 2 |  | | 3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ &มี NI เป็นบวก) |  |  | | a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน | 2 | \* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน | | b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน | 1 |  | | c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก <หรือ = 3 เดือน | 0 |  | | 3.3 กรณี NWC ติดบวก &มี NI เป็นบวก | 0 |  | | 3.4 กรณี NWC ติดลบ &มี NI เป็นลบ | 2 |  |   การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด  ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้  **การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562**   1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง   : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ  : แผนงาน/กิจกรรม  : ผลผลิต/ผลลัพธ์  2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)  3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน  **มาตรการ**  มาตรการที่ 1:การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)  มาตรการที่ 2:พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)  มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)  มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ  (Efficient Management)  มาตรการที่ 5: ติดตามกำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)   | **มาตรการขับเคลื่อน** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **เป้าหมาย** | | --- | --- | --- | | **มาตรการที่ 1:**  **การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)** | * 1. พัฒนาต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ใน DM, HT   2. จัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ   3. พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย | * 1. มีต้นแบบการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Payment) ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง   ค่าเป้าหมาย: ข้อเสนอการเตรียมแผนใช้งานจริงในปีต่อไป  1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์\*  \*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100  ผลการดำเนินงานปี 2561 :  ไตรมาส 1 ร้อยละ 100  ไตรมาส 3 ร้อยละ 100  1.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุน และค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) โดยประเมินจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการดำเนินการส่งและผ่านการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90  ผลการดำเนินงานปี 2561  รอบที่ 1 วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93  รอบที่ 2 วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94 | | **มาตรการ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)** | * 1. พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน   2. นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล   3. พัฒนาการรับ – จ่ายเงินภาครัฐทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ) | * 1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ที่การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิคส์   ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95   * 1. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตามเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง)ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75   2. ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายดำเนินการจ่ายเงิน รับเงิน และนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online)   ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 | | **มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)** | * 1. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.   2. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.)   3. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ CFO ระดับเขต และจังหวัด   4. พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง   5. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน ตามมาตรฐาน CGIA | * 1. ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./ รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.   ค่าเป้าหมาย: รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง   ค่าเป้าหมาย: รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. CFO ระดับเขตและระดับจังหวัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย: รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   2. เครือข่ายและบุคลากรด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง   ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม   * 1. ร้อยละของผู้ตรวจสอบภายใน ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | | **มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)** | * 1. กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ   2. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (Merging) | * 1. กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย ค่าเป้าหมาย: วิกฤตการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ  ไม่เกินร้อยละ 4   2. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม  1. บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2. ให้บริการร่วม (Service merging) 3. ใช้ระบบสนับสนุนร่วม (Support merging) ค่าเป้าหมาย: ประเมินผล ความสำเร็จ  ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | | **มาตรการ 5: ติดตามกำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)** | * 1. ควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน   2. ควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)   3. ควบคุมกำกับ ด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Unit cost)   4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการหน่วยบริการ ด้วยการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน   5. เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ | * 1. ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70   2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65   3. ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80   4. ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ.  ผ่านเกณฑ์ประเมินการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายใน   - ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ.  ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  - ร้อยละของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจสอบงบการเงินตามเป้าหมาย  - รพศ./ รพท. = 100%  - รพช. = 25%  ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80   * 1. มีรายงานผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลัง (Standard Report) ระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินระดับ 7  ของหน่วยบริการ  ไม่เกินร้อยละ 4 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | | 4 | 2 | 0 | 0 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทาง  การเงิน  2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส |
| **แหล่งข้อมูล** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติ  ทางการเงิน |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วย  บริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 |   **ปี 2565:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | การวัด/วิเคราะห์ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | | หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | ร้อยละ | ไตรมาส 1/58  ร้อยละ  6.31  ไตรมาส 2/58  ร้อยละ  5.76  ไตรมาส 3/58  ร้อยละ 12.19  ไตรมาส 4/58  ร้อยละ 15.65 | ไตรมาส 1/59  ร้อยละ  8.46  ไตรมาส 2/59  ร้อยละ  5.04  ไตรมาส 3/59  ร้อยละ  9.83  ไตรมาส 4/59  ร้อยละ 13.49 | ไตรมาส 1/60  ร้อยละ 0.91  ไตรมาส 2/60  ร้อยละ 0.78  ไตรมาส 3/60  ร้อยละ 3.13  ไตรมาส 4/60  ร้อยละ 9.71 | ไตรมาส 1/61  ร้อยละ 0  ไตรมาส 2/61  ร้อยละ 0  ไตรมาส 3/61  ร้อยละ 1.45 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายวัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ   หลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : cwatchai@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : wallop4444@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์   เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : nimanong\_15@hotmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**   1. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : numkhang\_sere@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | นางสาวอโณทัย ไชยปาละ  **กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02590 1574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 025901576 E-mail :[meawrnothai@gmail.com](mailto:meawrnothai@gmail.com) **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |