

# รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

## ประจำปีงบประมาณ 2563



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

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

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่าง ๆ จึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 41 โครงการ และ 67 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

ตุลาคม 2562

## สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	9
4	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	14
5	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	19
6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	27
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	29
8	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์	34
9	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	40
10	จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	46
11	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	53
12	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	61
13	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	68
14	ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง	77
15	ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน	81
16	ร้อยละของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงาน การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60	85
17	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	90

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	95
19	ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	102
20	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	109
21	ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	113
22	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	116
23	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	119
24	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	122
25	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	137
26	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	154
27	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	161
28	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	166
29	อัตราการตายทารกแรกเกิด	169
30	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	172
31	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	178
32	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	184
33	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	188
34	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	192
35	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M 1 ขึ้น ไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	201

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
36	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาคตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	207
37	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	211
38	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	217
39	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	220
40	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	222
41	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	224
42	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	227
43	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	230
44	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	235
45	จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	246
46	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	248
47	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	256
48	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	259
49	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	263
50	ร้อยละของจังหวัดเป้าหมายที่มีหน่วยบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะมีการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเลที่มีประสิทธิภาพ	266
51	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	269
52	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์	278
53	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	285

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
54	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	290
55	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	295
56	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	305
57	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	312
58	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	317
59	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	323
60	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	343
61	จำนวนโรงพยาบาลมีบริการรับยาที่ร้านยา	349
62	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	351
63	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	355
64	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	359
65	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	368
66	ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	376
67	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้	381

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ตัวชี้วัด Proxy	จำนวนการตายมารดาไทย			
คำนิยาม	- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</li> <li>เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตาย ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> <li>แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</li> <li>ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง(Risk Management )และแก้ปัญหาเบื้องต้น</li> </ul> </li> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง</li> </ul> </li> <li>คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด</li> </ol>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</li> </ul> <p>4. ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย</p> <p>ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน <a href="http://savemom.anamai.moph.go.th">http://savemom.anamai.moph.go.th</a> ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 7 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย</li> <li>- จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</li> <li>- ส่งแบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-62) ผ่าน <a href="http://savemom.anamai.moph.go.th">http://savemom.anamai.moph.go.th</a> แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน</li> </ul> <p>5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด ทุก 3 เดือน</li> </ul> <p>จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง</p>		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 16 ต่อ



			การเกิดมีชีพแสนคน				
ปี 2565:							
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน			
	-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน			
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย						
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบรายงานการตายมารดา CE-62</li> <li>- มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)</li> </ul>						
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559	2560	2561
	อัตราส่วน การตาย มารดา	อัตราส่วนการตาย ต่อการเกิดมีชีพ แสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4	17.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com						
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย						
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิมจำรูญ โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 06 2596 2294 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com						

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	<p>- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- <u>พัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>การคัดกรองพัฒนาการ</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต</li> <li>● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261 ร่วมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน</li> <li>● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261 แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</li> <li>● <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242</li> </ul>

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

หมายเหตุ \* ตัวชี้วัด Process ไม่ได้ใช้ประเมินผลลัพธ์ ใน ปี 2563 แต่มีผลต่อเป้าหมายนำมาแสดงเพื่อให้เห็นถึงกระบวนการทำงาน ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด Process*	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่</li> <li>ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</li> </ol>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก		
รายการข้อมูล 2	a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260		
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน		

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</li> <li>คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิป์วิดีโอ และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)</li> <li>คู่มือมิสนมแม่</li> <li>คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก</li> </ol> <p>คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</p>																																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th>Baseline data</th> <th>หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> <tr> <td rowspan="4">ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</td> <td rowspan="3">ร้อยละ (ปรับตัวหาร</td> <td colspan="3">ปี 2560      ปี 2561      ปี 2562</td> </tr> <tr> <td>เป้าหมาย</td> <td>1,893,854</td> <td>1,807,337</td> <td>1,286,671</td> </tr> <tr> <td>สมวัย</td> <td>1,477,430</td> <td>1,458,212</td> <td>1,156,153</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>78.0</td> <td>80.7</td> <td>89.9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>95.9</td> <td>96.5</td> <td>97.5</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2560	2561	2562	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ (ปรับตัวหาร	ปี 2560      ปี 2561      ปี 2562			เป้าหมาย	1,893,854	1,807,337	1,286,671	สมวัย	1,477,430	1,458,212	1,156,153	ร้อยละ	78.0	80.7	89.9		ร้อยละ	95.9	96.5	97.5	<p>หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 60-62 คัดกรองในเด็ก 4 ช่วงอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน รวมกระดุนติดตามข้อมูล ปี 2562 (เดือน ต.ค.61 - มิ.ย.62 ดึงข้อมูล ณ 19 ส.ค. 2562</p>			
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																			
		2560	2561	2562																																	
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ (ปรับตัวหาร	ปี 2560      ปี 2561      ปี 2562																																			
		เป้าหมาย	1,893,854	1,807,337	1,286,671																																
		สมวัย	1,477,430	1,458,212	1,156,153																																
	ร้อยละ	78.0	80.7	89.9																																	
	ร้อยละ	95.9	96.5	97.5																																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางนงนพวันันท์ สุนทรหา      ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5883088 ต่อ 3132 โทรศัพท์มือถือ : 092 624 2456</li> <li>นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์      รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5883088 ต่อ 3131 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 E-mail : teerboon@hotmail.com</li> <li>นางประภาพร จังพาณิชย์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904425 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : prapapon.j@anamai.mail.go.th</li> </ol>																																				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> <li>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย</li> <li>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>																																				



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>เด็กอายุ 0 - 5 ปี</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</li> <li>● <b>สูงดี</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ <math>-1.5</math> SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</li> <li>● <b>สมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก โดยมีค่าอยู่ในช่วง <math>+1.5</math> SD ถึง <math>-1.5</math> SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</li> <li>● <b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</li> <li>● <b>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</li> <li>● <b>1,000 วันแรกของชีวิต</b> หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</li> <li>● <b>มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</b> หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</li> <li>● <b>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <u>ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</u> ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข</li> </ol> </li> </ul>

	<p>ของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p> <p>2) <u>จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงาน</u>โภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>3) <u>มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้</u></p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	57	60	62	64
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	-	-	-	113
- เด็กชาย (เซนติเมตร)				112
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)				

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</li> <li>2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก</li> <li>3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก</li> <li>4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์เด็กเล็ก และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่รวมการรับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)</li> <li>2 หมู่บ้าน</li> <li>3 ศูนย์เด็กเล็ก</li> </ol>
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน
<b>รายการข้อมูล 2</b>	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง
<b>รายการข้อมูล 3</b>	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง



รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1 \times 100)$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสัดส่วน = $(A1 / B2 \times 100)$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4

เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
60	61	61.5	62

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
62	63	63.5	64

วิธีการประเมินผล :

- มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
- มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสัดส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไกในพื้นที่
- มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสัดส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้แก่เขตสุขภาพและศูนย์อนามัย

	4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</li> <li>หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์</li> <li>หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี</li> <li>หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</li> <li>แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC</li> <li>ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</li> <li>infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</li> <li>Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</li> <li>VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</li> <li>ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน</li> </ol>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	49.5	50.7	58.6
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	110	109.4	108.8
	หญิง=108.6	เซนติเมตร	109.4	108.7	108.2

\*ข้อมูลรายงานจาก HDC ไตรมาสที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณัฐวรรณ เขาวนลิทธิกุล	หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327	โทรศัพท์มือถือ : -
	โทรสาร : 02-5904339	E-mail : nutwan65@gmail.com
	2. นางสาววราภรณ์ จิตอารี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327	โทรศัพท์มือถือ : -
	โทรสาร : 02-5904339	E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวราภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	4. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
ตัวชี้วัดย่อย	4.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
คำนิยาม	<p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ) และราชภัฏ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล กองบัญชา การตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</b> หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p> <p><b>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน</b> หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือ ประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็ก</p>

	<p>ปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี โปรแกรมการฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย เป็นต้น</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย 1.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	วัดผลปี 69

เกณฑ์เป้าหมายย่อย 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย</li> <li>2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</li> </ol>
--------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p><b>เป้าหมาย 1</b> เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>เป้าหมายย่อย 1.1</b> เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า คือ เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้า</p>
----------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><b>เป้าหมาย 1</b> ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1ทั่วประเทศ</p> <p><b>เป้าหมายย่อย 1.1</b> ปี 2562 – 2565 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564 (ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม</p>
----------------------	---

	SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย 1 ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี) เป้าหมายย่อย 1.1 ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B) ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 35	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 55

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 40	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 45	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 65

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 50	-	1. ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 55	-	1.1 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555</li> <li>- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต</li> </ul>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	-
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ	87.27	34.41	44.73 (28 มิ.ย.62)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ <math>-1.5</math> S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง <math>+1.5</math> S.D. ถึง <math>-1.5</math> S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า <math>-2</math> S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <math>&gt; +2</math> S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า <math>-2</math> S.D.</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :																								
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																					
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	67	68																					
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-																						
- เด็กชาย (เซนติเมตร)			154																					
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155																					
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด																							
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด																							
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข																							
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)																							
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน																							
<b>รายการข้อมูล 2</b>	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม																							
<b>รายการข้อมูล 3</b>	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน																							
<b>รายการข้อมูล 4</b>	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย																							
<b>รายการข้อมูล 5</b>	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง																							
<b>รายการข้อมูล 6</b>	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง																							
<b>รายการข้อมูล 9</b>	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด																							
<b>รายการข้อมูล 10</b>	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ																							
<b>รายการข้อมูล 11</b>	B3 = จำนวนเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด																							
<b>รายการข้อมูล 12</b>	B4 = จำนวนเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด																							
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b> สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการโดยภาพรวม	<table border="0"> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>=</td> <td><math>(A1/B1) \times 100</math></td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม</td> <td>=</td> <td><math>(A2/B1) \times 100</math></td> </tr> <tr> <td>3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td>=</td> <td><math>(A3/B1) \times 100</math></td> </tr> <tr> <td>4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย</td> <td>=</td> <td><math>(A4/B1) \times 100</math></td> </tr> <tr> <td>5. ความครอบคลุม</td> <td>=</td> <td><math>(B1/B2) \times 100</math></td> </tr> <tr> <td>6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี</td> <td>=</td> <td><math>(A5 / B3)</math></td> </tr> <tr> <td>7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี</td> <td>=</td> <td><math>(A6 / B4)</math></td> </tr> </table>			1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	=	$(A1/B1) \times 100$	2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	=	$(A2/B1) \times 100$	3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	=	$(A3/B1) \times 100$	4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	=	$(A4/B1) \times 100$	5. ความครอบคลุม	=	$(B1/B2) \times 100$	6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	=	$(A5 / B3)$	7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	=	$(A6 / B4)$
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	=	$(A1/B1) \times 100$																						
2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	=	$(A2/B1) \times 100$																						
3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	=	$(A3/B1) \times 100$																						
4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	=	$(A4/B1) \times 100$																						
5. ความครอบคลุม	=	$(B1/B2) \times 100$																						
6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	=	$(A5 / B3)$																						
7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	=	$(A6 / B4)$																						

<b>ระยะเวลารายงาน</b>	<p>วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2563)          พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.          ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2562)          พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค.,          ม.ค.          ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p>
-----------------------	--

เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	66		66

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	67		67

ปี 2565:

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

การกระจายค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน

เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายปี 2563
เขต 1 เชียงใหม่	63
เขต 2 พิษณุโลก	65
เขต 3 นครสวรรค์	62
เขต 4 สระบุรี	66
เขต 5 ราชบุรี	64
เขต 6 ชลบุรี	67
เขต 7 ขอนแก่น	72
เขต 8 อุตรธานี	66
เขต 9 นครราชสีมา	68
เขต 10 อุบลราชธานี	69

เขต 11 นครศรีธรรมราช	67
เขต 12 ยะลา	64

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่</p> <p>1.2 จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูดดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย โดย ติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลเป็นรายเดือน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นด้าน โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ</li> <li>- ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และ ทันตสุขภาพ ภายใต้ความรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดละ 3-5 โรงเรียน</li> <li>- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหา สุขภาพ เด็กวัยเรียน เน้นการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูดดีสมส่วน (รายละเอียดแนบท้าย)</li> <li>- จัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันต สุขภาพ และสุขอนามัย จำนวน 12 เรื่อง/ปี เช่น รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง ใน วันเด็กแห่งชาติ และวันตีมนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา สุขภาพช่องปาก</li> </ul> <p>1.3 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้ มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2563)</p> <p style="padding-left: 40px;">พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค.</p> <p style="padding-left: 40px;">ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2562)</p>
---------------------------	---

	<p>พื้นที่ซึ่งนำหน้า วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.4 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและ เทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p> <p>2.2 รายงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : <a href="http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html">http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html</a> PDF :<a href="http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf">http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf</a></li> <li>2. สื่อ NuPETHS Animation</li> <li>3. แผ่นพับโภชนาการดี สูงดีสมส่วน</li> <li>4. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ไม้อ้วน ผอม เตี้ย</li> <li>5. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการ สาธารณสุขและคลินิก DPAC</li> <li>6. คู่มือผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher</li> <li>7. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน</li> <li>8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูเลहनสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและ วัยใส</li> <li>9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง</li> <li>10. หนังสือเมนูผักกึ๋กน้อย 4 ภาค</li> <li>11. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน</li> <li>12. คู่มือสมัครรับรางวัลองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพ ด้าน การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทย สูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี</li> <li>13. วัตถุประสงค์การส่งเสริมเด็กไทยสูงดี สมส่วน แข็งแรง ด้วยกิจกรรมทางกาย อาหาร และการนอนหลับ</li> <li>14. วัตถุประสงค์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โรลอัพ (Rollup) ส่งเสริมการออกกำลังกาย จึงใจ FUN for FIT แอโรบิกทำฝัน , จึงใจยึดตัว ชุดที่ 1,2 และ ลดโรคเพิ่ม สุขกับ</li> </ol>

	<p>นวัตกรรมออกกำลังกายแก้อิ้วขี้พุง</p> <p>15. ฉากป่า แบคดรอป (Backdrop) ลดโรคเพิ่มสุขกับนวัตกรรมออกกำลังกายแก้อิ้ว...ขี้พุง ,ป่วยแน่...ถ้าเนือยนิ่ง PA หยุดป่วย...หยุดแก่, โขป่า แอนด์ ชายด์ป่า เกมส์ ลดเรียน เพิ่มรู้ สู่อเซียน , จิงโจ้ FUN for FIT และจิงโจ้ยัดตัว ชุดที่ 1,2</p> <p>16. สื่อเสริมสร้างความฉลาดทางการเคลื่อนไหว <a href="http://www.chopachipa.org">www.chopachipa.org</a></p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงคิสมส่วน	ร้อยละ	65.2	65.5	61.5
	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.0	4.7	5.1
	เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.1	11.8	13.6
	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.1	5.7	8.9
	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2565	เซนติเมตร	-	-	ชาย = 147.7 หญิง = 148.9
	หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวพรวิภา ดาวดวง ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ พิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : <a href="mailto:pornwipa.dd@anamai.mail.go.th">pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</a> กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>2.ดร.นภัสบกช ศุภะพิชน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษโทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904591 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : <a href="mailto:suppich_2@hotmail.com">suppich_2@hotmail.com</a> กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>				

<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 02-5904336														
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="557 371 979 584">           1.นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334            โทรสาร : 02-5904339            jairakloysongkroa@gmail.com         </td> <td data-bbox="979 371 1474 584">           ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ : -            E-mail :         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 584 979 752">           2.นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329            โทรสาร : 02-5904339         </td> <td data-bbox="979 584 1474 752">           ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ : -            E-mail : plafishy11@gmail.com         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="557 752 1474 808"> <b>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 808 979 1032">           3. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตติ์            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336            โทรสาร : 02-5904339            sureerat.pi@anamai.mail.go.th         </td> <td data-bbox="979 808 1474 1032">           ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ : -            E-mail :         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="557 1032 1474 1088"> <b>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 1088 979 1312">           4. นางสาวชนิษฐา ระโหลฐาน            ปฏิบัติการ            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590            โทรสาร : 02-5904584         </td> <td data-bbox="979 1088 1474 1312">           ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข            โทรศัพท์มือถือ : -            E-mail : got_achi@hotmail.com         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="557 1312 1474 1426"> <b>กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</b> </td> </tr> </table>	1.นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339 jairakloysongkroa@gmail.com	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :	2.นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรสาร : 02-5904339	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : plafishy11@gmail.com	<b>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b>		3. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตติ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรสาร : 02-5904339 sureerat.pi@anamai.mail.go.th	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :	<b>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b>		4. นางสาวชนิษฐา ระโหลฐาน ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรสาร : 02-5904584	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : got_achi@hotmail.com	<b>กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</b>	
1.นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339 jairakloysongkroa@gmail.com	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :														
2.นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรสาร : 02-5904339	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : plafishy11@gmail.com														
<b>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b>															
3. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตติ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรสาร : 02-5904339 sureerat.pi@anamai.mail.go.th	ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :														
<b>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</b>															
4. นางสาวชนิษฐา ระโหลฐาน ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรสาร : 02-5904584	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : got_achi@hotmail.com														
<b>กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</b>															





หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN))
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 1,000 =$ อัตราการคลอด HDC
รายการข้อมูล (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีปัจจุบัน (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2 การเฝ้าระวังอัตราการคลอด ในหญิงอายุ 15-19 ปี	$AXB =$ การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted)

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :พ.ศ.2563									
ปี 2561 :									
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34					
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข)								
เอกสารสนับสนุน	-								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี						
			ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.						
			2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	51.2	47.9	44.3	42.5	39.6	35.0	-	
- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีในระบบ HDC (ข้อมูล ณ 1 ก.ค. 62)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	26.2	30.9	32.1	31.1	32.6	35.5	28.3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์มนัส रामเกียรติศักดิ์ โทร 0 2590 4266 โทรสาร 02 590 4163 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทร 0 2590 4168 โทรสาร 02 590 4163								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทร 0 2590 4168 โทรสาร 02-590-4168 Email : am-piyarat@hotmail.com								

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan		
คำนิยาม	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน กลุ่ม ติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan ทุกสิทธิ์ที่ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ</p> <p>ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลบริการด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p> <p>ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ</p> <p>ท้องถิ่นให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่าง</p> <p>เสมอภาคถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในหน่วยบริการด้านสุขภาพ เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัว</p> <p>ชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพทุกระบบ</p> <p>4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและระดับครอบครัว</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ		

<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p><b>ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุรายบุคคล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care ( 3C</li> <li>- เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล</li> <li>- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย</li> <li>- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C ส่วนกลางโดย กรมอนามัยจะดำเนินการดึงข้อมูลจากระบบโปรแกรม ตรวจสอบ ความถูกต้องส่งผ่านระบบ E - Cockpit ของกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข และ คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขตฯ ส่งคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ต่อไป ตามลำดับ</li> <li>- ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป</li> </ul>
<p>แหล่งข้อมูล 1</p>	<p>ฐานข้อมูลระบบโปรแกรม Long Term Care รายงานประจำเดือน กรมอนามัย ฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>แหล่งข้อมูล 2</p>	<p>ระบบฐานข้อมูลโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p><b>หมายเหตุ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปีงบประมาณ 2563 นับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care</li> <li>- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทุกสิทธิ</li> </ul>
<p>รายการข้อมูลที่ 2</p>	<p>B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p><b>หมายเหตุ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปีงบประมาณ 2563 นับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care</li> <li>- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทุกสิทธิ</li> </ul>
<p>สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด 1</p>	<p>สูตรการคำนวณ : <math display="block">\frac{A \times 100}{B}</math></p>

ระยะเวลาการประเมินผล	รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
	ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 83	ร้อยละ 85
	ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

มาตรการสำคัญ ( PIRAB : ( P = Partnership, I = Investment, R = Regulation, A=Advocacy, B = Building capacity

P : ใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการร่วม สธ. และสปสช. ผู้ตรวจราชการ และคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. กลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ คณะอนุกรรมการ Long Term Care ระดับตำบล

I : ประสานแหล่งทุน (สปสช., สสส., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

R : ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

A : สร้างสื่อสาธารณะ ที่เข้าถึงง่ายร่วมกับภาคีเครือข่าย “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ”

B : พัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ 3S (Thai Active Aging : Strong, Social and Security พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เช่น Care Manager, Caregiver, อาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค. และสนับสนุนกลไก Mapping การดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย

ระบบสนับสนุนตัวชี้วัดบรรลุผล ( A2IM : ( A = Assessment, A = Advocacy, I = Intervention, M = Management

Assessment : มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล

Advocacy : มีข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหาการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Intervention : มีมาตรการการขับเคลื่อนมาตรการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

Management : การบริหารจัดการด้วยการอภิบาลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในทุกระดับ

**Small Success :**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกจังหวัดมีแผนการขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วย ADL</li> <li>- มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan)</li> <li>- มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพในพื้นที่ ทุกระดับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 70</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีผลการจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ร้อยละ 70</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 75</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีผลการจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ร้อยละ 75</li> <li>- มีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน/ติดบ้านเป็นติดสังคมเพิ่มขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 80</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีผลการจัดทำแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ร้อยละ 80</li> <li>- มีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน/ติดบ้านเป็นติดสังคมเพิ่มขึ้น</li> </ul>

<b>วิธีการประเมินผล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการวางแผนการพัฒนาระบบการประเมินคัดกรอง/การจัดทำ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Care Plan Online</li> <li>2. ระดับจังหวัด/เขต สามารถจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน และการพัฒนาทักษะบุคลากรให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> <li>3. ผลงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย รายไตรมาส ตามค่าเป้าหมายรอบ 3 เดือน</li> </ol>
-------------------------	---

	6 เดือน 9 เดือน และรอบ 12 เดือน																
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online</li> <li>ระบบโปรแกรมการทำ Care Plan Online</li> <li>กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว</li> <li>แนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว</li> <li>แนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง</li> <li>แนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Caregiver 420 ชั่วโมง</li> <li>แนวทางการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)</li> <li>แนวทางการอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น</li> <li>คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ol>																
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b> <p style="text-align: right; color: red;">ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</td> <td>ร้อยละ</td> <td>86.44</td> <td>84.02</td> <td>68.48</td> <td>77.48</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	86.44	84.02	68.48	77.48
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562												
ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	86.44	84.02	68.48	77.48												
ผู้กำกับตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4049</li> <li>นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4010-1 E- mail : atthapon.k@anamai.mail.go.th</li> </ol>																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4503 E- mail : kitti.l@anamai.mail.go.th</li> <li>นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ 02 590 4793 E- mail : vimol.b@anamai.mail.go.th</li> </ol>																
หน่วยงานประมวลผล	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางรัชณี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 02 590 4508 E- mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th</li> <li>กลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4499</li> </ol>																

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	8. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ชมรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร อยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือ มีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์</li> <li>2. รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ</li> <li>3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว</li> <li>4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่</li> <li>5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)</li> </ol> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผ่านการประเมินทั้ง 5 ข้อ ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</li> <li>2. กิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทาง เดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573)</li> <li>3. รับประทานผัก เป็นประจำ (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี)</li> <li>4. รับประทานผลไม้สด เป็นประจำ (ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6 - 8 ชิ้นคำ)</li> <li>5. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552)</li> </ol> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านจิตใจ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน</p>



	<p>สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น และมีผลคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป(คะแนน 43 คะแนนขึ้นไป)</p> <p><b>กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ</b> หมายถึง การจัดกิจกรรมในการพัฒนาความสุขทั้ง 5 ด้าน ให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามเทคโนโลยีการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. สุขสบาย (Happy Health)</b> กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง คล่องแคล่ว ปลอดภัยและคงสมรรถภาพทางกายให้นานที่สุด</li> <li><b>2. สุขสนุก (Recreation)</b> กิจกรรมนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลังความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล</li> <li><b>3. สุขสง่า (Integrity)</b> กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก</li> <li><b>4. สุขสว่าง (Cognition )</b> กิจกรรมที่ช่วยชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำ การมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผล และการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li><b>5. สุขสงบ (Peacefulness)</b> กิจกรรมการรับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ สามารถจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ (ตาม Flowchart)</li> </ol> <p><b>ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต</b> หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบ 2 คำถาม (2Q ผิดปกติ (ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ( Health Data Center: HDC) สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้ข้อมูลจากสำนักอนามัย</p> <p><b>การดูแลทางสังคมจิตใจ</b> หมายถึง การดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ตามชุดความรู้การดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. การสังเกตดูแลใจอย่างองค์รวม</b> เป็นการสังเกตด้วยความใส่ใจ ถึงสิ่งแวดล้อมร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุมองหาเห็นสิ่งที่อันตราย ความเสี่ยง</li> <li><b>2. การใส่ใจเข้าใจปัญหา</b> การใช้ทักษะการถาม การฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ฟังด้วยใจ หรือการใช้แบบคัดกรองทางสุขภาพจิตเพื่อได้รับทราบถึงปัญหาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม</li> <li><b>3. การเสริมสร้างดูแลใจ</b> การให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบทั้งทางด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการใช้ทักษะการฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบาย การพูดคุยให้กำลังใจ การสื่อสารเพื่อสร้างคุณค่า และการปรับความคิดของผู้สูงอายุ</li> </ol>
--	--

	4. การส่งต่อเชื่อมโยง โดยประสานหน่วยงานหรือแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ (ตาม Flowchart)						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<p><b>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</b></p> <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ อย่างถนัดหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</li> <li>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม</li> <li>4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน</li> </ol>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบ 2 คำถาม (2Q ผิดปกติ (ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้ข้อมูลจากสำนักอนามัย )</li> </ol>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย</li> <li>2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน</li> <li>3. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)</li> <li>4. แบบรายงานข้อมูลชมรมที่ร่วมดำเนินการ</li> </ol>						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(Health Data Center : HDC)</li> <li>2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ,สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม. และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต</li> <li>3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 13</li> <li>4. ระบบการให้บริการสมดุสุขภาพประชาชน Health For you (H4U)</li> <li>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , โรงพยาบาลชุมชน , องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น . และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</li> </ol>						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์						

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สูตรการคำนวณ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> $= \frac{A}{B} \times 100$ <p>หมายเหตุ: จำนวนผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง (ครึ่งปีงบประมาณแรกและครึ่งปีงบประมาณหลัง)			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>1. มีการทบทวนสถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง และมีการวางแผน/โครงการ /Gap analysis</p> <p>2. มีการทบทวน/จัดทำ/พัฒนาสื่อฯ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ มาตรฐานนวัตกรรม หลักสูตร</p> <p>3. มีการเตรียม/จัดทำ เครื่องมือ สื่อ คู่มือ แนวทาง มาตรฐานฯ</p>	<p>1. มีสื่อ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ นวัตกรรม หลักสูตร</p> <p>2. มีบุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา</p> <p>3. มีการชี้แจง/อบรม การใช้เครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร</p> <p>4. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 40</p>	<p>1. มีบุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา</p> <p>2. มีการนำเครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร ไปใช้</p> <p>3. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 80</p> <p>4. มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>5. มีการประเมินผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน</p>	<p>1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 100</p> <p>2. มีการกำกับติดตาม เยี่ยม เสริมพลัง รอบ 12 เดือน</p> <p>3. มี KPI บรรลุ ตามเป้าหมาย</p> <p>4. มีวางแผน ดำเนินงานปี 64</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว</p> <p>3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</p> <p>4. พิจารณาจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(Health Data Center : HDC)</p> <p>5. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน</p> <p>6. ผลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการทางสถิติ</p>			
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว</p>			

	3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4. เทคโนโลยีการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ 5. คู่มือฝึกอบรมการดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง 6. ชุดความรู้การดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง 7. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment:T-GMHA-15)				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2559</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b>
	-พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	27.8 (จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ)	54.4 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย) รอผล
	-พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านจิตใจ (ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี)		-	-	
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1.นายแพทย์กิตติ ลากสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02 5904503 E-mail : <a href="mailto:kitti.l@anamai.mail.go.th">kitti.l@anamai.mail.go.th</a> <b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2. นางสุดา วงศ์สวัสดิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 590 8175 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : <b>สถานที่ทำงาน</b> กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	- คณะกรรมการพัฒนานโยบายและขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข - คณะทำงานจัดทำแผนและแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	1. นางสาวอุบลวรรณ นิยมจันทร์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 2. นางสาวณัฐนรี ชิงจัสมิตร ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ 3. นางสาวศิรินภา ยะจา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน 4. นายสรวิศ ดาคุณสิม ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน				

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1384      โทรศัพท์มือถือ : 099 245 9397 , 081 750 7656 , 095 954 9973 , 082 797 1759</p> <p>โทรสาร : 02 590 2459      E-mail : spd.policy@gmail.com</p> <p><b>สถานที่ทำงาน</b> กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
--	---

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์								
คำนิยาม	<p>- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)</li> <li>2. มีการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัยอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม</li> <li>3. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพ ภาครัฐหรือข่าย ท้องถิ่น และชุมชน อย่างมีส่วนร่วม</li> <li>4. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ / ใฝ่ระวังด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับตำบล</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL / การประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ (TAI ประกอบด้วย Functional Activity status และการประเมินคัดกรองขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์</li> <li>- ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับตำบล และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัย</li> <li>- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/ใฝ่ระวังภาวะหกล้ม / การใฝ่ระวังแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและแผนการป้องกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล เช่น ทันตสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพส. หรือ อสม.</li> </ul>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							

	<p><b>หมายเหตุ</b> ใช้ฐานข้อมูลเดิมจากตัวชี้วัด ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนและขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขจากหน่วยบริการเชื่อมโยงถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และตามชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</li> <li>3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในหน่วยบริการ เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน</li> <li>4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชนโดยภาคีเครือข่ายตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพจนถึงระดับชุมชน</li> </ol>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p><b>ข้อมูลการคัดกรอง :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) /การประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ (TAI ประกอบด้วย Functional Activity status และการประเมินคัดกรองขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์</li> <li>- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) /การประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ (TAI ประเมินตามรอบทุก 9 เดือนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม : การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ตามปีงบประมาณ</li> </ul> <p><b>ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่ประเมินชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัย และรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>- จังหวัดและศูนย์อนามัยเขตส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> </ul>

	<p><b>ข้อมูลมีบริการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่ประเมินผลการให้บริการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ทันตสุขภาพ / ประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในระดับครอบครัว/ชุมชน</li> </ul> <p><b>ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุรายบุคคล (ในปีงบประมาณ 2563 จัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ADL &lt; 11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยบริการมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C และมีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) /การประเมินสถานะของผู้สูงอายุ (TAI ประกอบด้วย Functional Activity status และการประเมินคัดกรองขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์</li> <li>- มี Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพส. หรือ อสม. ลงเยี่ยมและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตาม Care Plan ตามหลักเกณฑ์ประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( สปสช.</li> <li>- หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</li> </ul>
<b>แหล่งข้อมูล 1</b>	ฐานข้อมูลโปรแกรม Long Term Care รายงานประจำเดือน กรมอนามัย ฐานข้อมูลโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
<b>แหล่งข้อมูล 2</b>	ระบบฐานข้อมูลโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ใน ชุมชนผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบ
<b>รายการข้อมูลที่ 2</b>	B = จำนวนตำบลทั้งหมด
<b>สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด 1</b>	สูตรการคำนวณ : $\frac{A}{B} \times 100$
<b>ระยะเวลาการ ประเมินผล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลคัดกรองดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) /การประเมินสถานะของผู้สูงอายุ (TAI ทุกครั้งหลังการประเมินในโปรแกรม HDC ก่อน ( ช่วงที่ระบบโปรแกรม Long Term Care ยังไม่ประกาศให้บันทึกในระบบ</li> <li>- บันทึกข้อมูลปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ตามแผนการปฏิบัติงาน</li> <li>- การรายงานรอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ( ส่วนกลางดึงจากระบบ มาวิเคราะห์ส่งคืนระดับพื้นที่พิจารณา /อุทธรณ์ มายังส่วนกลางกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์</li> </ul>



เกณฑ์การประเมิน	ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 80
	ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 90
	ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 95

**มาตรการสำคัญ (PIRAB) :** (P = Partnership, I = Investment, R = Regulation, A = Advocacy, B = Building capacity)

**P :** ใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการร่วม สช. และสปสช. ผู้ตรวจราชการ และคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. กลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

**I :** ประสานแหล่งทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

**R :** ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

**A :** สร้างสื่อสาธารณะ ที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่ายเพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ”

**B :** พัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ 3 S ( Thai Active Aging : Strong, Social and Security พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เช่น Care Manager, Caregiver, นักบริหารชุมชนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค. และสนับสนุนกลไก Mapping การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

**ระบบสนับสนุนตัวชี้วัดบรรลุผล (A2IM) :** (A = Assessment, A = Advocacy, I = Intervention, M = Management)

**Assessment :** มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล

**Advocacy :** มีข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหาการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**Intervention :** มีมาตรการการขับเคลื่อนมาตรการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

Management : การบริหารจัดการด้วยการอภิบาลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม				
Small Success :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกจังหวัดมีแผนการขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ADL</li> <li>- มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล</li> <li>- มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพในทุกพื้นที่ ทุกระดับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีจำนวนตำบล ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีจำนวนตำบล ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>- มีผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์</li> <li>- มีจำนวนตำบล ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80</li> </ul>
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ</li> <li>2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายเดือน</li> <li>3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางทุกเดือน</li> </ol>			
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online</li> <li>- แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคลในชุมชน (Health Promotion &amp; Prevention Individual Care Plan)</li> <li>- ระบบโปรแกรมการทำ Care Plan Online</li> <li>- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- แนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง</li> <li>- แนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Caregiver 420 ชั่วโมง</li> <li>- แนวทางการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- แนวทางการอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น</li> </ul>
--	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	94.98 (เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC)	82.40 (เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC)	71.59 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	83.9 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2562

**หมายเหตุ : การดำเนินงานปี 2563**

- การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan หมายถึง การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน / ติดเตียง
- ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และการประเมินคัดกรองความจำเป็นขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์

<b>ผู้กำกับตัวชี้วัด</b>	1.แพทย์หญิงพรรณพิมล วิบุลากร อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4049 2.นายแพทย์อรุณพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ 02 590 4010-1 E- mail : atthapon.k@anamai.mail.go.th
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานตัวชี้วัด</b>	1.นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02 5904503 E- mail : kitti.l@anamai.mail.go.th 2.นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ 02 5904509 E- mail : vimol.b@anamai.mail.go.th
<b>หน่วยงานประมวลผล</b>	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	1. นางรัชณี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 02 5904508 E- mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th 2. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 02 5904499

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพและประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	10. จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่แสดงออกมาของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกายและจิตได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดดังนี้</li> <li>2. การเข้าถึงข้อมูล ความรู้กิจกรรมทางกาย หมายถึง ประชาชนรู้แหล่งข้อมูล ความรู้ และสถานที่ออกกำลังกาย และสามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการ สถานที่และกิจกรรมทางกายด้วยวิธีการใด ๆ เมื่อจำเป็นได้</li> <li>3. การเข้าใจข้อมูล ความรู้กิจกรรมทางกาย หมายถึง ประชาชนเข้าใจความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ตีความจากข้อมูลได้ถูกต้อง อธิบายเหตุผลความจำเป็นของกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองได้ เข้าใจขั้นตอนและปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง สามารถบอกได้ว่าจะนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างไร และสามารถชี้แจงหรืออธิบายให้คนอื่นเข้าใจได้</li> <li>4. การประเมินข้อมูล ความรู้กิจกรรมทางกาย หมายถึง ประชาชนบอกได้ถูกต้องว่าข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายใดและจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง บอกได้ว่ากิจกรรมทางกายใดที่ตนเองควรได้รับ และสามารถร่วมแลกเปลี่ยนความเห็นและตอบโต้ซักถามเรื่องกิจกรรมทางกายกับบุคลากรด้านสาธารณสุขและคนอื่น ๆ ได้</li> <li>5. การปรับใช้ข้อมูล ความรู้กิจกรรมทางกาย หมายถึง ประชาชนตัดสินใจหรือร่วมตัดสินใจบนฐานข้อมูลและความรู้ที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเพียงพอ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเอง</li> <li>6. <b>ครอบครัว</b> หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันมีสายสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกัน</li> </ol>

	<p>7. <b>ผู้ลงทะเบียน</b> หมายถึง ตัวแทนของครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและดำเนินการกรอกข้อมูลเข้าสู่ระบบลงทะเบียนโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>8. <b>บัญชี</b> หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนครอบครัวในโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</p>			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>				
<b>ปีงบประมาณ 61</b>	<b>ปีงบประมาณ 62</b>	<b>ปีงบประมาณ 63</b>	<b>ปีงบประมาณ 64</b>	<b>ปีงบประมาณ 65</b>
		1,000,000 ครอบครัว	5,000,000 ครอบครัว	10,000,000 ครอบครัว
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงกิจกรรมทางกาย ซึ่งผ่านการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เลือกกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเอง และตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย</li> <li>2. เพื่อยกระดับคุณภาพของการบริการข้อมูลและจัดกิจกรรมทางกายให้เอื้อต่อการเข้าถึงและเข้าใจอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ และตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้จัดและผู้เข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>3. เพื่อสร้างความตระหนัก กระตุ้น และเสริมสร้างทักษะแก่ประชากรไทยในการดูแลสุขภาพของตนเองเชิงรุก ด้วยการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลและกิจกรรมทางกายที่จำเป็น ประเมินความเหมาะสมของข้อมูลและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสถานะของตนเอง และร่วมตัดสินใจเลือกรับกิจกรรมทางกายกับผู้จัดกิจกรรม</li> </ol>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชากรไทยทุกคน			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกาย			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกาย			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	-			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	-			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	-			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	3 ปี			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
400,000 ครอบครั้ว	600,000 ครอบครั้ว	800,000 ครอบครั้ว	1,000,000 ครอบครั้ว

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	5,000,000 ครอบครั้ว

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	10,000,000 ครอบครั้ว

เป้าหมายจำนวนครอบครั้วสะสมจำแนกรายจังหวัดในปี 2563 2564 และ 2565

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวน ครอบครั้ว* (ครอบครั้ว	เป้าหมายปี 2563 (ครอบครั้ว	เป้าหมายปี 2564 (ครอบครั้ว	เป้าหมายปี 2565 (ครอบครั้ว
1	กรุงเทพมหานคร	560,077	28,484	142,422	284,844
2	สมุทรปราการ	448,463	22,808	114,040	228,079
3	นนทบุรี	427,201	21,727	108,633	217,266
4	ปทุมธานี	399,446	20,315	101,575	203,150
5	พระนครศรีอยุธยา	234,466	11,924	59,622	119,245
6	อ่างทอง	84,564	4,301	21,504	43,008
7	ลพบุรี	214,303	10,899	54,495	108,990
8	สิงห์บุรี	70,089	3,565	17,823	35,646

9	ชัยนาท	113,892	5,792	28,962	57,923
10	สระบุรี	382,541	19,455	97,276	194,553
11	ชลบุรี	702,174	35,711	178,556	357,111
12	ระยอง	255,536	12,996	64,980	129,960
13	จันทบุรี	173,964	8,847	44,237	88,475
14	ตราด	80,256	4,082	20,408	40,817
15	ฉะเชิงเทรา	197,578	10,048	50,242	100,484
16	ปราจีนบุรี	146,431	7,447	37,236	74,472
17	นครนายก	80,565	4,097	20,487	40,974
18	สระแก้ว	177,916	9,048	45,242	90,484
19	นครราชสีมา	759,893	38,647	193,233	386,466
20	บุรีรัมย์	465,253	23,662	118,309	236,618
21	สุรินทร์	335,763	17,076	85,381	170,762
22	ศรีสะเกษ	332,777	16,924	84,622	169,244
23	อุบลราชธานี	485,655	24,699	123,497	246,994
24	ยโสธร	137,190	6,977	34,886	69,772
25	ชัยภูมิ	341,399	17,363	86,814	173,629
26	อำนาจเจริญ	105,287	5,355	26,773	53,547
27	บึงกาฬ	114,123	5,804	29,020	58,041
28	หนองบัวลำภู	175,064	8,903	44,517	89,034
29	ขอนแก่น	600,524	30,541	152,707	305,414
30	อุดรธานี	409,445	20,824	104,118	208,235
31	เลย	165,565	8,420	42,101	84,203
32	หนองคาย	142,630	7,254	36,269	72,539
33	มหาสารคาม	263,030	13,377	66,886	133,772
34	ร้อยเอ็ด	339,200	17,251	86,255	172,510
35	กาฬสินธุ์	293,137	14,908	74,542	149,084
36	สกลนคร	292,937	14,898	74,491	148,982
37	นครพนม	207,927	10,575	52,874	105,747
38	มุกดาหาร	97,002	4,933	24,667	49,333
39	เชียงใหม่	591,747	30,095	150,475	300,950
40	ลำพูน	169,203	8,605	43,027	86,053

41	ลำปาง	239,524	12,182	60,909	121,817
42	อุตรดิตถ์	143,278	7,287	36,434	72,868
43	แพร่	143,405	7,293	36,466	72,933
44	น่าน	165,689	8,427	42,133	84,266
45	พะเยา	228,549	11,624	58,118	116,235
46	เชียงราย	434,563	22,101	110,505	221,010
47	แม่ฮ่องสอน	81,600	4,150	20,750	41,500
48	นครสวรรค์	338,524	17,217	86,083	172,166
49	อุทัยธานี	104,341	5,307	26,533	53,066
50	กำแพงเพชร	259,448	13,195	65,975	131,950
51	ตาก	193,256	9,829	49,143	98,286
52	สุโขทัย	185,748	9,447	47,234	94,468
53	พิษณุโลก	375,229	19,083	95,417	190,834
54	พิจิตร	308,621	15,696	78,479	156,958
55	เพชรบูรณ์	302,286	15,374	76,868	153,737
56	ราชบุรี	260,728	13,260	66,300	132,601
57	กาญจนบุรี	249,061	12,667	63,334	126,667
58	สุพรรณบุรี	259,567	13,201	66,005	132,010
59	นครปฐม	298,861	15,199	75,997	151,995
60	สมุทรสาคร	152,290	7,745	38,726	77,452
61	สมุทรสงคราม	55,107	2,803	14,013	28,026
62	เพชรบุรี	181,713	9,242	46,208	92,416
63	ประจวบคีรีขันธ์	163,529	8,317	41,584	83,168
64	นครศรีธรรมราช	481,096	24,468	122,338	244,676
65	กระบี่	164,289	8,355	41,777	83,554
66	พังงา	87,448	4,447	22,237	44,474
67	ภูเก็ต	159,879	8,131	40,656	81,311
68	สุราษฎร์ธานี	430,792	21,909	109,546	219,092
69	ระนอง	76,585	3,895	19,475	38,950
70	ชุมพร	171,641	8,729	43,647	87,293
71	สงขลา	445,119	22,638	113,189	226,378
72	สตูล	79,243	4,030	20,151	40,301



73	ตราง	183,569	9,336	46,680	93,359
74	พัทลุง	153,892	7,827	39,133	78,266
75	ปัตตานี	171,430	8,719	43,593	87,186
76	ยะลา	137,566	6,996	34,982	69,963
77	นราธิวาส	220,924	11,236	56,179	112,357
รวมทั้งหมด		19,662,603	1,000,000	5,000,000	10,000,000

( \* อ้างอิงจากข้อมูลในแฟ้ม Home ของ ฐานข้อมูล HDC เดือนสิงหาคม 2562: สืบค้นเมื่อ กันยายน 2562)

<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>พิจารณาจากการรายงานผลการลงทะเบียนบนเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรายงานผลการลงทะเบียนบนเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกายรายจังหวัด</li> <li>2. การรายงานผลการลงทะเบียนบนเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกายรายอำเภอ</li> <li>3. การรายงานผลการลงทะเบียนบนเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกายรายตำบล</li> </ol>
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วิมล โรมา และคณะ.(2561). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562 ที่ <a href="https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454">https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454</a></li> <li>2. คู่มือการดำเนินงานโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก</li> <li>3. โปสเตอร์คีตะมวยไทย 10 ท่า ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster">https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster</a></li> <li>4. โปสเตอร์เชิญชวนชาวไทยทุกท่านร่วมออกกำลังกายถวายในหลวง กับโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster">https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster</a></li> <li>5. แผ่นพับโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/Brochure">https://activefam.anamai.moph.go.th/Brochure</a></li> <li>6. วัตถุประสงค์ขั้นตอนการลงทะเบียน โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/registration_process">https://activefam.anamai.moph.go.th/registration_process</a></li> <li>7. ข้อมูลในแฟ้ม Home ของ ฐานข้อมูล HDC <a href="https://hdcservice.moph.go.th/hdc/admin/monitor43hdcservice.php">https://hdcservice.moph.go.th/hdc/admin/monitor43hdcservice.php</a></li> </ol>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
	-	ครอบครัว	2560	2561	2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ - สกุล นายสายชล คล้อยเอี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 590 4705 โทรศัพท์มือถือ : 088-323-4265  โทรสาร : E-mail : saichon.psed8@gmail.com  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>ชื่อ - สกุล นายวสันต์ อุณานันท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 590 4413 โทรศัพท์มือถือ : 086-088-1178  โทรสาร : E-mail : u.keng@hotmail.com  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>ชื่อ - สกุล นายวสันต์ อุณานันท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 590 4413 โทรศัพท์มือถือ : 086-088-1178  โทรสาร : E-mail : u.keng@hotmail.com  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>ชื่อ-สกุล: นายสันสนะ ณรงค์อินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 025904585  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ชื่อ - สกุล นายวสันต์ อุณานันท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 590 4413 โทรศัพท์มือถือ : 086-088-1178  โทรสาร : E-mail : u.keng@hotmail.com  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p> <p>ชื่อ-สกุล: นายสันสนะ ณรงค์อินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 025904585  <b>สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</b></p>				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
โครงการ	3. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง</p> <p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ ( 878 อำเภอ)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4				

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
1.มีการประชุม ทบทวน คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตาม บริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.พื้นที่ประเมินตนเอง พร้อม รายงานผลการประเมิน เพื่อ วางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1.มีคณะทำงาน วางแผนกำหนด แนวทางในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามที่พื้นที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดยการ ประเมินของผู้เยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและ ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพการพัฒนา คุณภาพชีวิต ร้อยละ 70		
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากร ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE โดย การประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ 70				
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	-	ร้อยละ 50.7 (445อำเภอ)	ร้อยละ 66.28 (582อำเภอ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1239 E-mail : <a href="mailto:swiriya04@yahoo.com">swiriya04@yahoo.com</a>				
	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : <a href="mailto:peed.pr@gmail.com">peed.pr@gmail.com</a>				



## เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

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

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

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและ ดำเนินงานตามหน้าที่ ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคี ภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วยบางส่วน	fully integrate เป็น โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและ แนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย	ชุมชน ภาควิภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม กับ เครือข่าย สุขภาพ ในทุก ประเด็นสุขภาพ สำคัญ	<b>ทีมสุขภาพ (Health Team)</b> หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ. สด.กับทีมรพ.สด. , ทีมระหว่าง หน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ. สด., ทีมแนวตั้งและทีม แนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสาย งาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลายอย่าง น้อยในกลุ่มที่มี ปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และ เข้าใจความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วน ใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และ พัฒนาช่องทาง การรับรู้ ความต้องการ ของประชาชนแต่ละ กลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพ มากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบงานต่างๆ จน ทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วน	<b>ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ(Health Need</b> หมายถึง ประเด็น ปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับโดยหมาย รวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟูและ

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
					ร่วมกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	<i>unfelt need</i> (เช่น บริการ ส่งเสริมป้องกัน)
<b>Community Participation</b>	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานด้าน สุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ ในงานที่ หลากหลายและ ขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมคิด ร่วม ดำเนินการด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบกับ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่าง ครบวงจร รวมทั้ง การประเมินผล จน ร่วมเป็นเจ้าของการ ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
<b>Appreciation</b>	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ	เครือข่ายสุขภาพมี การเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ	<i>ความผูกพัน (engagement</i> หมายถึง การที่บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

UCCARE



UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	พัฒนา และสร้าง ความพึงพอใจของ บุคลากร	ในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ละ หน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	และความผูกพัน (engagement) ของ บุคลากรให้สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็นอย่าง เป็นระบบ	พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ บุคลากรให้ สอดคล้องกับบริบท	รับรู้คุณค่าและเกิด ความผูกพันในงาน ของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ	ในหน้าที่ และในงานที่ได้รับ มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนา บุคลากรร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ใน บางประเด็น หรือ บางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย ของเครือข่าย สุขภาพ (ไม่มีกำแพง) และมีการใช้ ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบ	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input ของ การทำงาน

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
					สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	
<b>Essential Care</b>	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ <u>จัดระบบ</u> ดูแลสุขภาพพื้นฐานที่ <u>จำเป็น</u> ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และ ชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มี</u> ปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตาม ความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ <u>ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบดูแล</u> สุขภาพอย่างบูรณา <u>การร่วมกับประชาชน</u> ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	<i>Essential Care</i> หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	12. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด</p> <p>หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center : PHEOC หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก ส่งเสริม ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p>All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ</p> <p>Hazard Specific Plan (HSP หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส แผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น</p> <p>Incident Action Plan (IAP หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลา</p>

ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลา ปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

ระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center) หมายถึง ระบบบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการสั่งการในภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และเป็น Data Center สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)

EOC Assessment Tool หมายถึง แบบประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด

จังหวัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	-	ร้อยละ 50 (38 จังหวัด)	ร้อยละ 75 (57 จังหวัด)	ร้อยละ 100 (76 จังหวัด)

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 76 จังหวัด
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนจังหวัด ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
<b>รายการข้อมูล 2</b>	จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) *100
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2, 3 และ 4

**เกณฑ์การประเมิน :**

ปี 2560 - 2564 :

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

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ปี 2563 นับจำนวนจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอนโดยแบ่งการประเมินผลดังนี้  ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการ ได้ตามขั้นตอนที่ 1 และ 2
---------------------------	---

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการ ได้ตามขั้นตอนที่ 3 และ 4  
ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ปรับปรุงโครงสร้างระบบ บัญชาการเหตุการณ์ (ICS ของจังหวัด ให้เป็นปัจจุบัน	1. คำสั่งมอบหมายงาน การแพทย์ฉุกเฉินและสา ธารณภัยและมีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน หรือคำสั่งจัดตั้ง โครงสร้างกลุ่มงานการแพทย์ ฉุกเฉินและสาธารณภัยใน สสจ. 2. ผังโครงสร้างระบบ บัญชาการเหตุการณ์ (ICS ที่ ระบุบุคคลและแนวทางการ ปฏิบัติ (SOP ของแต่ละ กองภารกิจ
2	2.1 ประเมินความเสี่ยงสำคัญด้านโรค และภัยสุขภาพ (Hazard Risk Assessment ที่พบได้ในจังหวัด 2.2 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมที่ เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัย สุขภาพ (All Hazards Plan : AHP) ของจังหวัด และ จัดทำ Hazard Specific Plan	1. รายงานการประเมินความ เสี่ยงสำคัญด้านโรคและภัย สุขภาพ 2. All Hazards Plan ของ จังหวัด 3. HSP ที่เหมาะสมกับความ เสี่ยงที่ได้จากการทำ Hazard Risk Assessment
3	พัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลัก ครบทุกคน และผ่านเกณฑ์การ ประเมินความรู้ที่ระดับคะแนน (Post Test ร้อยละ 80	รายชื่อบุคลากรตาม โครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้า กองภารกิจหลัก ที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรระบบ บัญชาการเหตุการณ์ภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS

	<p><b>หมายเหตุ :</b></p> <p>1. กรมควบคุมโรค โดย กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน เป็นผู้จัดอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร และหัวหน้ากองภารกิจ</p> <p>2. บุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลัก สามารถเรียนรู้หลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS 100) ด้วยตนเองทางระบบ E-learning จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>3. บุคลากรตามข้อ 2 หมายถึงบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS 100 หรือ หลักสูตร Disaster Management อื่น ๆ ที่มีมาตรฐานเทียบเท่า</p>	<p>100 หรือหลักสูตร Disaster Management อื่น ๆ ที่มีมาตรฐานเทียบเท่า FEMA/CDC/WHO หรือเรียนรู้ด้วยตนเองทางระบบ E-learning และสอบผ่านตามเกณฑ์</p>
	<p>4</p> <p>ประเมินมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน EOC Assessment Tool</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>มาตรฐานตาม EOC Assessment tool สามารถศึกษารายละเอียดได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p>	<p>รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามแบบประเมิน EOC Assessment Tool</p>
	<p>5</p> <p>นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย</p>	<p>1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และแผน IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทาง</p>

	<p>1 ครั้ง ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดและมีการดำเนินการของ PHEOC จังหวัด และจัดทำรายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาในระดับจังหวัดที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (เฉพาะที่สำคัญและสอดคล้องกับ Hazard Plan) ผ่าน web EOC</p> <p>กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดให้มีการซ้อมแผน ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดและมีการดำเนินการของ PHEOC จังหวัด ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ Discussion-based TTx หรือ Functional Exercise ของ PHEOC หรือ Full scale Exercise (การฝึกปฏิบัติจริง) ของ PHEOC</p>	<p>สาธารณสุข ในกรณีเกิดเหตุการณ์จริง สามารถดาวโหลดแบบฟอร์ม IAPได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค <b>หรือ</b> มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>2. รายงานทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยา ระดับจังหวัด ผ่าน web EOC</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)</li> <li>2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</li> <li>3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4) เว็บไซต์ <a href="https://ddc.moph.go.th/eoc/">https://ddc.moph.go.th/eoc/</a></li> <li>5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</li> <li>6) คู่มือการใช้งานระบบ WEB EOC สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข</li> <li>7) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558</li> </ol>	







หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง			
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	<p>13.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า <math>\geq 200</math> mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน</p>			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
	<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b>	<b>2563</b>
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	-	$\geq$ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน typearea 1,3 (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง, 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทาง			

	ห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563					
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :	<p>A: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แฟ้ม NCDSCREEN.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร , หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน หรือ</li> <li>- แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา , หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน</li> </ul> <p>B: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร , 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร โดยที่ BSLEVEL <math>\geq</math> 126 mg/dl</li> <li>- BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร , 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร โดยที่ BSLEVEL <math>\geq</math> 200 mg/dl</li> </ul>				
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			2561	2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>3. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>4. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</p>		<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>2. นางสาววิรัชญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>4. นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญญา</p>		<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข</p>			

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867      โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893                      E-mail : rukmoei@hotmail.com 5. นางสาวณัฐฤตา บริบูรณ์                      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887              โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903893                      E-mail : ncdplan@gmail.com										
<b>คำนิยาม</b> <b>(ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</b>	<b>13.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b> <b>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b> หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ <b>2. การได้รับการตรวจติดตาม</b> หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว										
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	<table border="1"> <tr> <td>ตัวชี้วัด</td> <td>2561</td> <td>2562</td> <td>2563</td> <td>2564</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </table>	ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70
ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564							
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70							
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง										
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ										
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC										
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข										
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*										
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ										
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100^{**}$										
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	12 เดือน										

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง		≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>* B : กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>* A : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการทำ Home BP โดยต้องรายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วย อย่างน้อย 8 วันและไม่เกิน 120 วัน</p> <p><b>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน</b></p> <p>1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563</p> <p>2. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563</p>
---------------------------	---

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
			2558	2559	2560	2561	2562
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรสาร : 02-5903893 2. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรสาร : 02-5903893 3. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887 โทรสาร : 02-5903893 4. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893		ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน โทรศัพท์มือถือ : 0818201894 E-mail : auttakiat@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893 2. นางสาวสุธาทิพย์ ภัทรกุลวนิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893 3. นางสาวคุณกัญญ์ศศิ พิมพพันธ์		หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน โทรศัพท์มือถือ : 0818201894 E-mail : auttakiat@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : suthathip.ncd@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ				

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892          โทรสาร : 02-5903893          4.นายกัณฑพล ทับหูน          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892          โทรสาร : 02-5903893          5.นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887          โทรสาร : 02-5903893</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ :          E-mail : kunkansasi89@gmail.com          นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ          โทรศัพท์มือถือ :          E-mail : kanthabhon@gmail.com          นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ          โทรศัพท์มือถือ :          E-mail : ncdplan@gmail.com</p>
--	---	---



## แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1. ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน
2. เครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องเดิมทุกครั้ง
3. ผู้วัดความดันโลหิตต้องเป็นบุคคลเดิมทุกครั้ง
4. สิ่งแวดล้อมในการวัดความดันโลหิต
  - 4.1 วัดความดันโลหิตในที่เงียบสงบ
  - 4.2 นั่งวัดเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1 - 2 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต
  - 4.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ
  - 4.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
  - 4.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
  - 4.6 ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง
5. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (หลังจากอุจจาระ ปัสสาวะแล้ว ไม่วัดความดันโลหิตขณะกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ โดยวัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตสูงก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

วันที่	ช่วงเช้า หลังตื่นนอนไม่เกิน 1 ชั่วโมง						ช่วงก่อนนอน ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอน					
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2		
	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร
ตัวอย่าง 30 มี.ค. 60	132	84	76	128	82	74	130	76	70	126	74	70
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = ..... mmHg												

Dashboard แสดงผลการดำเนินงาน

เขตสุขภาพ	จำนวนสงสัย ป่วยความดัน โลหิตสูง	มีผลวัดความ ดันโลหิตที่ บ้าน	ไตรมาส 1		ไตรมาส 2		ไตรมาส 3		ไตรมาส 4		ภาพรวม ร้อยละ
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เขตสุขภาพที่ 1											
เขตสุขภาพที่ 2											
เขตสุขภาพที่ 3											
เขตสุขภาพที่ 4											
เขตสุขภาพที่ 5											
เขตสุขภาพที่ 6											
เขตสุขภาพที่ 7											
เขตสุขภาพที่ 8											
เขตสุขภาพที่ 9											
เขตสุขภาพที่ 10											
เขตสุขภาพที่ 11											
เขตสุขภาพที่ 12											
รวม											

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง				
คำนิยาม	<p>สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และคลอร์ไพริฟอส</p> <p>การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงในระดับส่วนภูมิภาค หมายถึง การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับจังหวัด ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 (เพิ่มระดับความครอบคลุมของมาตรการ)	ร้อยละ 100 (เพิ่มระดับความครอบคลุมของมาตรการ)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรในระดับจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สภาเกษตรกรในพื้นที่ ศูนย์อนามัย สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง อย่างน้อย 1 เรื่อง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (76 จังหวัด ไม่รวม กทม.)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1-4)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<u>ระดับส่วนกลาง</u> - ขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อสร้างกระแสสังคม - จัดประชุมวิชาการร่วมกับหน่วยงานระดับนโยบายในส่วนกลางเพื่อขับเคลื่อนการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง - จัดประชุมเพื่อชี้แจงถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ พ.ศ. 2562	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - นำผลการประชุมวิชาการและการสร้างกระแสสังคมมาขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - ติดตาม ประเมินผล การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งระดับ ส่วนกลางและระดับ ภูมิภาค	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - มีการรายงานและติดตาม ประเมินผลในภาพรวมของประเทศ - มีการขับเคลื่อนมาตรการ ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง
<u>ระดับส่วนภูมิภาค</u> - ประสานจังหวัด เพื่อร่วมชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการ	<u>ระดับส่วนภูมิภาค</u> - กำหนดประเด็นปัญหา ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง	<u>ระดับส่วนภูมิภาค</u> - มีรายงานข้อมูล สถานการณ์หรือมีการ นำเสนอนโยบายผ่าน คณะกรรมการควบคุมโรค	<u>ระดับส่วนภูมิภาค</u> - มีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานตามแผน ขับเคลื่อนมาตรการฯ และ

<p>ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562</p> <p>- ประสานและสนับสนุนจังหวัด ให้เสนอคำสั่งให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ลงนาม เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการฯ</p>	<p>ของจังหวัด และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับจังหวัด</p> <p>- จัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของจังหวัด และจัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการฯ</p>	<p>จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด</p> <p>- มีการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมกับชุมชน (อปท./กองทุนสุขภาพท้องถิ่น เพื่อยกเลิกการใช้สารเคมี 3 ชนิด</p>	<p>สรุปรายงานผลการดำเนินงานรายจังหวัด</p> <p>- ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 เรื่อง</p>
---	---	--	--

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. ส่วนกลางประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ</li> </ol>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คู่มือการจัดตั้ง และแนวทางการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ สำหรับระดับจังหวัด และ กทม.</li> <li>2. คู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำหรับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/381">http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/381</a></li> <li>3. คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/126">http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/126</a></li> <li>4. คู่มือแรงงานนอกระบบ ปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (กลุ่มอาชีพเกษตรกร <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/371">http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/371</a></li> </ol>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อน มาตรการยุติการใช้สารเคมีทาง การเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ดร.พญ.ชุลีกร ธนธิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการ โทรศัพท์มือถือ : 081 880 6629 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายสำเริง สาสีวัฒนพงศ์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2. นางสาวปณีสต์ดา ทองคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3864 โทรสาร : 02 590 3864 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญ การพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 094 159 2895 E-mail : mr_samroengs@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082 957 7248 E-mail : tongkam.june@gmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายสำเริง สาสีวัฒนพงศ์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2. นางสาวปณีสต์ดา ทองคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3864 โทรสาร : 02 590 3864 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญ การพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 094 159 2895 E-mail : mr_samroengs@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082 957 7248 E-mail : tongkam.june@gmail.com			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	15. ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน				
คำนิยาม	Mobile Application หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่สำหรับ อสม. ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่ คลินิกสารเคมีเกษตร หมายถึง คลินิกสุขภาพเกษตรกร หรือ คลินิกการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีอยู่เดิมและดำเนินการอยู่แล้ว หรือสามารถจัดตั้งขึ้นมาใหม่ได้				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 (ยกระดับคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูล	ร้อยละ 100 (ยกระดับคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูล
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต โดย อสม.				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกษตรกร หรือ ผู้ฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากการสำรวจของ อสม.				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีข้อมูลการสำรวจการใช้และปริมาณสารเคมีทางการเกษตร และการใช้สารหรือวิธีการอื่นที่ปลอดภัยไม่ใช่สารเคมี				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (76 จังหวัด ไม่รวม กทม.				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1-4)				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการ ดำเนินงานสำรวจ การใช้สารเคมีทาง การเกษตร และการ ใช้สารหรือวิธีการอื่น ที่ปลอดภัยไม่ใช้ สารเคมี ให้กับ หน่วยงานเครือข่าย (ผู้รับผิดชอบงานด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีพอนามัย สสอ. และ รพ.สต.	- รพ.สต. แนะนำ ให้ คำปรึกษา ติดตามการ ดำเนินงานของ อสม. ในการสำรวจการ ใช้สารเคมีฯ ในการใช้ Mobile Application - อสม. สำรวจการ ใช้สารเคมีฯ <u>ครั้งที่ 1 ระหว่าง วันที่ 1 – 31 มกราคม 2563</u> - รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด และจัดทำสรุป รายงานผลการดำเนินงาน รายงานสถานการณ์ การใช้สารเคมีฯ จากการสำรวจครั้งที่ 1 - นำข้อมูลการสำรวจที่ได้ เสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อ	- รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลจากหน่วยบริการ ปฐมภูมิทั้งหมด และ จัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานรายงาน สถานการณ์การสำรวจ การใช้สารเคมีฯ - นำข้อมูลสถานการณ์ฯ ไปขับเคลื่อนมาตรการ ยุติการใช้สารเคมีฯ ใน ระดับจังหวัด - ติดตามและสรุปผล การดำเนินงานในรอบ 9 เดือน	- อสม. สำรวจใช้สารเคมีฯ <u>ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2563</u> - รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด และจัดทำสรุป รายงานผลการดำเนินงาน รายงานสถานการณ์การใช้ สารเคมีฯ จากการสำรวจครั้ง ที่ 2 - นำข้อมูลการสำรวจที่ได้ เสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อ ขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้ สารเคมีฯ ในระดับจังหวัด - จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อ ปรับปรุงแนวทางการสำรวจ การใช้สารเคมีฯ ของจังหวัด



	ขั้วเคลื่อนมาตรการยุติการใช้ สารเคมีฯ ในระดับจังหวัด - นำข้อมูลไปเชื่อมโยงกับ ฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมด้าน เกษตรกรรม		- รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน ตามตัวชี้วัด ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบรับแจ้งข่าว การใช้และ ปริมาณสารเคมีฯ ทาง การเกษตร
--	--	--	---

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	1. สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ส่วนกลางประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แนวทางการสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต)		
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วย วัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</b>
	ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทาง การเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต โดย อสม. ผ่าน Mobile Application ไปยังหน่วย บริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรค จากการทำงาน)	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. ดร.พญ.ชุลีกร ธนธิติกร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 081 880 6629 โทรสาร : 02 590 3866 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com		

	2. นางสาวรุ่งประกาย วิฤทธิ์ชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089 244 6924 E-mail : rung.envoc@gmail.com
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	1. นางสาวขวัญนภา อุทัยทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 khwan_khwannapa@hotmail.com 2. นางสาวจุไรรัตน์ ช่างไชยยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089 205 0914 E-mail : ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089 215 8047 E-mail : c.jurairat59@gmail.com
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	1. นางสาวขวัญนภา อุทัยทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 khwan_khwannapa@hotmail.com <b>สถานที่ทำงาน</b> กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 2. นางสาวจุไรรัตน์ ช่างไชยยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866 <b>สถานที่ทำงาน</b> กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089 205 0914 E-mail : ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089 215 8047 E-mail : c.jurairat59@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	16. ร้อยละของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)			
คำนิยาม	<p>การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม หมายถึง กระบวนการรวบรวมหรือสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านเกษตรกรรม โดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลสถานการณ์ สำหรับใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน</p> <p>สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และ คลอร์ไพริฟอส</p> <p>เกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ ที่อาจจะมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น</p> <p>การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60 หมายถึง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD10 TM Code T60.0, T60.1, T60.2, T60.3, T60.4, T60.8, T60.9 ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD10 TM สาเหตุภายนอก คือ X68</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 (ยกระดับคุณภาพของข้อมูล)
				ร้อยละ 100 (ยกระดับคุณภาพของข้อมูล)

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนากลไกการเฝ้าระวัง การรายงานข้อมูลฯ และการจัดการปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรในระดับจังหวัด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสถิติจังหวัด รายงานจากสำนักงานจังหวัด ระบบฐานข้อมูลทะเบียนเกษตรกรกลาง กรมส่งเสริมการเกษตร กรมวิชาการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานเกษตรอำเภอ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (76 จังหวัด (ไม่รวม กทม.			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1-4)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม รวมทั้งจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงาน/รายงานสถานการณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และ	- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มข้อมูลในฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม - จัดทำรายงาน T60 ในระดับจังหวัด โดยดำเนินการ <u>ตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมา</u>	- มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเคมีทางการเกษตร และผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมทั้งจัดทำรายงานฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ฉบับสมบูรณ์ ภายในไตรมาสที่ 3 (วันที่ 15 มิถุนายน	- มีการจัดทำรายงานการพัฒนาการบันทึกข้อมูล T60 ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกข้อมูล ICD-10 เสนอผู้บริหาร	

<p>ข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>- จัดทำไฟล์ OEHP ด้านเกษตรกรรม ภายในไตรมาส 1 (วันที่ 15 ธันวาคม 2562) เพื่อให้ สคร. รวบรวมวิเคราะห์ และสรุปข้อมูลในระดับเขต และ สคร. จัดส่งข้อมูลดังกล่าว ให้กับ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ภายในไตรมาส 1 (วันที่ 20 ธันวาคม 2562) ประสานหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60 ในระดับพื้นที่)</p> <p>- จัดทำรายงานการเจ็บป่วยจาก T60 ในระดับจังหวัด โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมา จัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน ให้กับ สคร.</p>	<p><u>จัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน ให้กับ สคร.</u></p> <p>- นำเสนอข้อมูลสถานการณ์จากข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม และ T60 ในระดับจังหวัด ต่อคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด</p> <p>- ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านเกษตรกรรมและการรายงาน T60 ในระดับจังหวัด รอบ 6 เดือนเสนอผู้บริหาร</p>	<p>2563 ให้กับ สคร. และ สคร. นำส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ภายในไตรมาสที่ 3 (วันที่ 20 มิถุนายน 2563)</p> <p>- จัดทำรายงาน T60 ในระดับจังหวัด โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมา จัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน ให้กับ สคร.</p> <p>- ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านเกษตรกรรมและการรายงาน T60 ในระดับจังหวัด รอบ 9 เดือน เสนอผู้บริหาร</p>	<p>- จัดทำรายงาน T60 ในระดับโดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมา จัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน ให้กับ สคร.</p> <p>- ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านเกษตรกรรมและการรายงาน T60 ในระดับจังหวัดรอบ 12 เดือน เสนอผู้บริหาร</p>
---	--	---	---

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

วิธีการประเมินผล :

1. สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ส่วนกลางประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. ไฟล์ชุดข้อมูลสถิติพื้นฐานอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) ด้านเกษตรกรรม และแบบรายงานสถานการณ์ สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ : <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp">http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp</a></p> <p>2. แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม ปีงบประมาณ 2562 พร้อมแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตัวอย่างการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environment Health Profile : OEHP) ของจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการจัดทำ และพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งเอกสารสนับสนุนการจัดทำ OEHP สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจากลิงค์ : <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp">http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp</a></p> <p>3. คู่มือ “การลงรหัส ICD-10 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ : <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/537">http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/537</a></p>											
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p> <p>ร้อยละของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environment Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)</p>	<p>หน่วย วัด</p> <p>ร้อยละ</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563</td> </tr> </tbody> </table>	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		
ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.												
2560	2561	2562										
ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563												
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="550 1480 1082 1637"> <p>1. พญ.ชุลีกร ธนดิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p> </td> <td data-bbox="1082 1480 1565 1637"> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการ โทรศัพท์มือถือ : 081 880 6629 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1637 1082 1816"> <p>2. นางสาวภัทรินทร์ คณะมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p> </td> <td data-bbox="1082 1637 1565 1816"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 814 7154 E-mail : k.pattarin@gmail.com</p> </td> </tr> </tbody> </table>			<p>1. พญ.ชุลีกร ธนดิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการ โทรศัพท์มือถือ : 081 880 6629 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com</p>	<p>2. นางสาวภัทรินทร์ คณะมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 814 7154 E-mail : k.pattarin@gmail.com</p>					
<p>1. พญ.ชุลีกร ธนดิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนามาตรการ โทรศัพท์มือถือ : 081 880 6629 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com</p>											
<p>2. นางสาวภัทรินทร์ คณะมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 814 7154 E-mail : k.pattarin@gmail.com</p>											
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="550 1816 1082 2036"> <p>1. นางสาวทิศยัตติยา มั่งมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p> </td> <td data-bbox="1082 1816 1565 2036"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086 995 7094 E-mail : tidtiya.mm@gmail.com</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>สถานที่ทำงาน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>			<p>1. นางสาวทิศยัตติยา มั่งมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086 995 7094 E-mail : tidtiya.mm@gmail.com</p>							
<p>1. นางสาวทิศยัตติยา มั่งมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865 โทรสาร : 02 590 3866</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086 995 7094 E-mail : tidtiya.mm@gmail.com</p>											

	<p>2. นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865      โทรศัพท์มือถือ : 081 398 5013  โทรสาร : 02 590 3866      E-mail : sutatip-bu@hotmail.com</p> <p><b>สถานที่ทำงาน</b> กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวทิตยัตติยา มั่งมี      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865      โทรศัพท์มือถือ : 086 995 7094  โทรสาร : 02 590 3866      E-mail : tidtiya.mm@gmail.com</p> <p><b>สถานที่ทำงาน</b> กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p> <p>2. นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3865      โทรศัพท์มือถือ : 081 398 5013  โทรสาร : 02 590 3866      E-mail : sutatip-bu@hotmail.com</p> <p><b>สถานที่ทำงาน</b> กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	6. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	17. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>ผักและผลไม้สด</b> หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ. 2560 เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษา ผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี ผักและผลไม้สดที่ได้รับการตรวจสอบต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์ ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด</li> <li><b>ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2561 – 2562 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ใน การลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)</li> <li><b>เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง</b> หมายถึง เครื่องสำอางที่จัดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวขาว กระจ่างใส และปัญหาสิว ฝ้า กระจุดต่างด้าและฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง หรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพสีเข้ม/ฉูดฉาด</li> <li><b>ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง</b> หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทานที่พบจากการสุ่มสำรวจในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1 โรคเก๊าต์ 2 โรคไขมัน 3 เบาหวาน 4 ความดัน 5 หอบหืด 6 ข้อเสื่อม 7 โรคไตเรื้อรัง</li> </ol> <p><u>หมายเหตุ</u> : การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ สำหรับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สมุนไพรจะมีเกณฑ์การคัดเลือก</p>



	ผลิตภัณฑ์ฯ มาทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย หากพบตกมาตรฐานจะตรวจยืนยันโดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	80	80	80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการตรวจสอบทุกไตรมาส โดยนำเข้าระบบ KBIS ของ อย. สำหรับผลิตภัณฑ์สมุนไพร ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเก็บข้อมูลและรวบรวมผ่านระบบสารสนเทศของสำนักยา</li> <li>2. อย. นำผลการตรวจสอบทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผักและผลไม้สด, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ เครื่องสำอาง ที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีความปลอดภัย และ จำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ปลอดภัยที่ตรวจพบจากชุดทดสอบอย่างง่ายและการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ (กรณีตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเมื่อพบผลการตรวจสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่ายตกมาตรฐาน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผักและผลไม้สด, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ เครื่องสำอาง ที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด และจำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีผลตรวจวิเคราะห์จากชุดทดสอบอย่างง่ายทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน				

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด  
ปี 2562 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<b>การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</b>			
<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - รอผล  <u>กิจกรรม</u> - เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง ประเภท Risk-based จำนวน <u>525</u> ตัวอย่าง	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80  <u>กิจกรรม</u> - เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง ประเภท Risk-based จำนวน <u>1,084</u> ตัวอย่าง ( <u>ไม่</u> สะสม)	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80  <u>กิจกรรม</u> เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง ประเภท Risk-based จำนวน <u>900</u> ตัวอย่าง ( <u>ไม่</u> สะสม)	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80

**วิธีการประเมินผล :** จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**เอกสารสนับสนุน :** -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-

หมายเหตุ: ปี 2560 – 2561 ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

**1. ผักและผลไม้สด**

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :

นางสาวจุฬาลักษณ์ นิพนธ์แก้ว      สำนักอาหาร  
 โทรศัพท์ : 02-590-7214      โทรศัพท์มือถือ : 086-997-7187  
 โทรสาร : 02-591-8460      E-mail : planning.food@gmail.com

	<p><b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :</b>          นายกริชเพชร วรรณจินดา                      สำนักอาหาร          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7216      โทรศัพท์มือถือ : 090-932-8585          โทรสาร : 02-591-8460                      E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p><b>2. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ</b></p> <p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :</b>          นางสาวจุฬาลักษณ์ นิพนธ์แก้ว                      สำนักอาหาร          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7214      โทรศัพท์มือถือ : 086 997 7187          โทรสาร : 0 2591 8460                      e-mail : planning.food@gmail.com</p> <p><b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :</b>          นายกริชเพชร วรรณจินดา                      สำนักอาหาร          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-7216      โทรศัพท์มือถือ : 090 932 8585          โทรสาร : 0 2591 8460                      e-mail : planning.food@gmail.com</p> <p><b>3. เครื่องสำอาง</b></p> <p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด :</b>          นายฉัตรชัย พานิชศุภภรณ์                      สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย อย.          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7277      โทรสาร : 02-591-8468</p>
	<p><b>4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร</b></p> <p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด :</b></p> <p>1. ภญ.นุชรินทร์ โตมาชา    เกสัชกรชำนาญการ (เขตสุขภาพที่ 1-12)          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155                      โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779          โทรสาร : 02-5907341    E-mail : nuchy408@gmail.com          สำนักยา อย.</p> <p>2. ภญ.อุษณีย์ ทองใบ    เกสัชกรชำนาญการ (เขตสุขภาพที่ 13)          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907393                      โทรศัพท์มือถือ : 081-3756902          โทรสาร : 02-5918484    E-mail : uthongbai@gmail.com          กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคฯ อย.</p>



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	18. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10	
	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา	
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N	
	G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	
R: RESTROOM	4. มีการพัฒนาสุขมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	

	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก
		9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
		10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
	<b>ระดับดี</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 11-12	
		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
		12. มีการพัฒนาสัมมามาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	<b>ระดับดีมาก</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 13-14	
		13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		
<b>ระดับดีมาก Plus</b> หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16		

	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป <b>หรือ</b> โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

**เกณฑ์เป้าหมาย**

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
รพศ./รพท./ รพช.และ รพ. สังกัด กรมวิชาการ	- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก - ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากขึ้นไป - ระดับดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 80  <small>หมายเหตุ: ปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน โดยผนวกประเด็น อาหารปลอดภัยและอาชีวอนามัย ไว้ในเกณฑ์ GREEN</small>	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 85

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และ GREEN & CLEAN Hospital Plus
---------------------	---

<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
-----------------------------	--

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง)
-----------------------------	---

	3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย ( <a href="http://dashboard.anamai.moph.go.th">http://dashboard.anamai.moph.go.th</a> ) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$\frac{(A1+A2+A3+A4)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $\frac{(A2+A3+A4)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $\frac{(A3+A4)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $\frac{A4}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
<b>ปี</b>	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
2561	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง



2562	ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่าง น้อยจังหวัดละ 1 แห่ง
2563	ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 98	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30
2564	ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 80
2565	ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 83	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 85

หมายเหตุ: ปี 2564 ปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน โดยผนวกประเด็นความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ไว้ในเกณฑ์ GREEN

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล</li> <li>2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital</li> <li>3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส</li> </ol>
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&amp;CLEAN Hospital</li> <li>2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</li> <li>3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน</li> <li>4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย (Food Safety Hospital)</li> <li>5. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</li> </ol>



ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253	โทรศัพท์มือถือ : -
	โทรสาร : 02-5904200	E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th
	2. นางพรสุดา ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904461	โทรศัพท์มือถือ : -
	โทรสาร : 02-5904321	E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
คำนิยาม	ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินความเสี่ยง และมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

<b>ระดับพื้นฐาน</b>
1. มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และสามารถป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
2. มีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่
<b>ระดับดี</b>
3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานระดับจังหวัดเพื่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่
4. มีการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ทีม
5. มีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 2 ประเด็น
<b>ระดับดีมาก</b>
6. ร้อยละ 50 ของประชาชนในจังหวัดได้รับการดูแล จัดการปัจจัยเสี่ยง และคุ้มครองสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัด 76 จังหวัด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form เป็นรายไตรมาส)</li> <li>2. ศูนย์อนามัยและสำนักป้องกันควบคุมโรค นำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค</li> <li>3. กรมอนามัยวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค</li> <li>4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>		
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดี		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2562, มีนาคม 2563, มิถุนายน 2563, กันยายน 2563)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการ ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ แก่หน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยง จากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ ผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยง จากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ ผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 65 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)</li> <li>2. ศูนย์อนามัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด</li> <li>2.2 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทั้งเชิงปริมาณ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และเชิงคุณภาพ</li> <li>2.3 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต</li> </ol> </li> <li>3. ส่วนกลาง สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ</li> </ol>
---------------------------	---

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS และคู่มือการใช้งานฯ)</li> <li>2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ “แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม” <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/guidelinesOEHP.pdf">http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/guidelinesOEHP.pdf</a></li> <li>3. เกณฑ์สำหรับการรายงานเหตุการณ์และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรณีเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR)</li> <li>4. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล</li> <li>5. แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการเปรียบเทียบตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</li> <li>6. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</li> </ol>
-------------------------	---

6.1 โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตาม  
 กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

6.2 หลักสูตรอบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการยกเว้นข้อบัญญัติ  
 ท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

7. คู่มือการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยและประเมินความ  
 เสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง

8. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.  
 2562  
[http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T\\_0215.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T_0215.PDF)

9. คู่มือจัดตั้งและแนวทางคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคจากการ  
 ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม สำหรับระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร  
<https://drive.google.com/open?id=1SMa8RdPlgZ-dQnMgmlARebcJVoTyuAjjw>

10. แนวทางการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม  
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/461>

11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ  
 ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. .... (อยู่ระหว่าง  
 การจัดทำอนุบัญญัติ)

12. คู่มือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย  
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA)

13. แนวปฏิบัติการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข  
 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559  
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/462>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2560	2561	2562
ร้อยละของจังหวัดมี ระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	60.53 (46 จังหวัด)	65.79 (50 จังหวัด)	60.53 (46 จังหวัด)
		ณ 25 กย.60	ณ 11 กย.61	ณ 13 กย.62







ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
คำนิยาม	<p><b>หน่วยบริการ</b> หมายความว่า (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด</p> <p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ</p> <p><b>เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1 เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ</p> <p>เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง</p> <p><b>ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ</b></p> <p>(1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน</p> <p>(2) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน</p> <p>(3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่</p> <p>(5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว</p> <p>(6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p> <p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</b> ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย</p>

	<p>Staff</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์</li> <li>- พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย</li> <li>- นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย</li> </ul> <p>System</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน</li> </ul> <p>ขึ้นกับ</p> <p>บริบทของพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี</li> <li>- ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า</li> <li>- การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน</li> <li>- ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ</li> <li>- ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล</li> </ul> <p>Structure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ</li> </ul> <p>สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (ภาพประเทศ

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 25 (1,625 หน่วย (เป้าหมายสะสม ดำเนินการในปี 62 จำนวน 1,179 หน่วย (18.14%)	ร้อยละ 33 (2,145 หน่วย)	ร้อยละ 41 (2,665 หน่วย)	ร้อยละ 49 (3,185 หน่วย)

<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</li> <li>- เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> </ul>
----------------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต																																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน																																
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป้าหมายรวม ร้อยละ 25 (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2563 จำนวน = 446 หน่วย เป็นข้อมูลสะสมเดิมจากปี 2559-2562 จำนวน เขตสุขภาพ จำนวน 1,141 หน่วย และ กทม.จำนวน 38 หน่วย รวม 1,179 หน่วย																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 หน่วย หรือแผนการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (กำลังดำเนินการจัดทำแผนการจัดตั้งเพื่อสอดคล้องกับพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																																
<b>เกณฑ์การประเมิน</b> <b>ปี 2563 :</b> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25 %</td> </tr> </table> <b>ปี 2564 :</b> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>33 %</td> </tr> </table> <b>ปี 2565 :</b> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>41 %</td> </tr> </table> <b>ปี 2566 :</b> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>49 %</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25 %	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				33 %	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				41 %	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				49 %
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			25 %																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			33 %																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			41 %																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			49 %																														
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ																																
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน																																

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	-	-	เปิดดำเนินการได้ 596 หน่วย คิดเป็น 9.17%	เปิดดำเนินการได้ 809 หน่วย คิดเป็น 12.45 %	เปิดดำเนินการได้ เขตสุขภาพ จำนวน 1,141 หน่วย และ กทม.จำนวน 38 หน่วย คิดเป็น 18.14 %
จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 หน่วย หรือแผนการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (กำลังดำเนินการเพื่อสอดคล้องกับพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรสาร :02-5901939 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : k.tewtong@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรสาร :02-59019398 2. นางจรรุณี จันทร์เพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรสาร :02-5901939 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : k.tewtong@yahoo.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : jchanphet@gmail.com		

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
คำนิยาม	<p>ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p><b>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</b> หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่แพทยสภารับรองหรือปลดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p><b>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p><b>ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน</li> <li>(2) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน</li> <li>(3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดย การให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่</li> <li>(5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว</li> <li>(6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</li> </ol>

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย ใน รพศ./รพท.</li> </ul>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	รพศ./รพท. ทุกแห่ง
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รพศ./รพท. ทุกแห่ง
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. ที่จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. (แหล่งข้อมูลประชากร ทะเบียนราษฎร ณ 31 ธค. 2562 <a href="https://www.dopa.go.th">https://www.dopa.go.th</a> )
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4

**เกณฑ์การประเมิน**

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 20		ร้อยละ 40

ปี 2564 :

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

ปี 2565 :

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



ปี 2566 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 70	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	-	-	-	-	-
หมายเหตุ : ตัวชี้วัดใหม่					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุฤษดิ์เดช เจริญไชย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-5901939 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ 02-5901939		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901939 โทรสาร : 02-59019398 2. นางจารุณี จันทร์เพชร พิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901939 โทรสาร : 02-59019398 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : k.tewtong@yahoo.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 E-mail : jchanphet@gmail.com		

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.				
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี				
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</b> หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><b>อสม. หมอประจำบ้าน</b> หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา ศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p><b>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</b> หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p><b>คุณภาพชีวิตที่ดี</b> หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</li> <li>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตดี</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</li> <li>ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 240,000 คน (เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)</li> </ol>				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>			
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
รายการข้อมูล 1	จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
รายการข้อมูล 2	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
รายการข้อมูล 3	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
รายการข้อมูล 4	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน = (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100 2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี = (รายการข้อมูล 3/รายการข้อมูล 4) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 2. อบรม อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 40,000 คน	มี อสม. หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม)	อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด			
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> 4. Application “SMART อสม.”			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับ การดูแลจาก อสม. หมอ ประจำบ้าน มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	-
เนื่องจากเป็นตัวยุติใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน(Baseline)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวยุติ	ชื่อ นายณัตถะวุฒิ ภริมย์ไทย ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ : 081-8955723 โทรสาร : 02149 5645 E-mail : natwutp@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ นางศุภักชญา ภาวังคะรัต ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ : 084-3614662 โทรสาร : 02149 5645 E-mail : cherryphc@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ชื่อ นายสมภพ อัจฉริยะศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740 สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ			
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.			
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	23. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
คำนิยาม	<p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	80,000 คน			
วัตถุประสงค์	พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a></li> <li>2. อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง</li> </ol>			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> </ol>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ		อบรม อสม. หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม)		-

2. อบรม อสม. หมอ ประจำบ้าน จำนวน 40,000 คน				
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด			
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> 4. Application “SMART อสม.”			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	จำนวน อสม. ที่ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน	จำนวน	2560	2561
เนื่องจากเป็นตัวยุติตัวใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน(Baseline)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายณัฏฐวุฒิ ภิรมย์ไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18724  โทรสาร : 02149 5645		ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน  โทรศัพท์มือถือ : 081-8955723  E-mail : natwutp@gmail.com  <b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นางศุภกชญา กว้างกระรัต  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740  โทรสาร : 02149 5645		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม  โทรศัพท์มือถือ : 084-3614662  E-mail : cherryphc@gmail.com  <b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>	
	2.นางจิรวรรณ หัสโรค์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18716  โทรศัพท์มือถือ : 093-3291419  โทรสาร : 02149 5645		หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน  E-mail : ge_haslo@yahoo.com  <b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>	



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม			
ตัวชี้วัดย่อย	24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69			
คำนิยาม	<p>ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69</p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข			
24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69 จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน			



เกณฑ์การประเมิน

ปี 2563:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2564:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2565:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - จัดอบรม Stroke: Basic course	- %SU≥45, %DTN≥60, - จัดอบรม Stroke: Basic course	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) <25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) <5 - จัดอบรม Stroke Advance course	- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) <25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) <5 - %SU≥50, %DTN ≥60 - จัดอบรม Stroke Manager course

วิธีการประเมินผล : - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69	9.07	8.22	7.97
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	24.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ตัวชี้วัดย่อย	24.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
คำนิยาม	<p>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)</p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62</p>

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข

15.2 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic :I60-I62	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60 - I62 จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke :I60-I62
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B x 100

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	
ปี 2564:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	
ปี 2565:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	
<b>Small Success</b>					
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง			- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ		
วิธีการประเมินผล :	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62	19.97	22.37	22.78

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	24.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม			
ตัวชี้วัดย่อย	24.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63			
คำนิยาม	<b>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63</b> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล (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			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข			
<b>24.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63</b>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63 จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke :I63			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	
ปี 2564:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	
ปี 2565:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	
Small Success					
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง	- %SU≥45, %DTN≥60,	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ	- %SU≥50, %DTN ≥60		
วิธีการประเมินผล :	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63	3.49	3.84	3.78

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง</p>	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	24.4 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม			
ตัวชี้วัดย่อย	24.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time			
คำนิยาม	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12			
แหล่งข้อมูล	- ข้อมูลจากการรวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12			
24.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER			

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (163 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B × 100			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2563:				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (163 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ปี 2564:				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (163 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ปี 2565:				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (163 ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษา	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ด้วยยาละลายลิ้มเลือดทาง หลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)					
วิธีการประเมินผล :	- ข้อมูลจากการรวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baselin e data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63 ที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วย ยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือด ภายใน 60 นาที (door to needle time	N/A	N/A	61.20
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com 2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ระดับการแสดงผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	24.5 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม		
ตัวชี้วัดย่อย	24.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit		
คำนิยาม	<p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง</li> <li>2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ</li> </ol>		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย:</b>			
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ 60
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12		
แหล่งข้อมูล	- ข้อมูลจากการรวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12		
<b>24.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</b>			
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)				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	
ปี 2564:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	
ปี 2565:					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	
.					
วิธีการประเมินผล :	- ข้อมูลจากการรวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน	N/A	N/A	63.36

	72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p><b>1 ความสำเร็จการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค หมายถึง การสนับสนุนพื้นที่ จังหวัด โรงพยาบาล แก้ไขปัญหาวัณโรคให้สอดคล้อง วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันควบคุมวัณโรคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>1.2 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.2.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p><b>3 กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p><b>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>

	<p><b>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</b>คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>4หน่วยงานที่ดำเนินการ</b> ประกอบด้วย</p> <p>4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p><b>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค</b> หมายถึงโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	85	85	88	90
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	85	87.5	90

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <b>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</b>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด



แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(NTIP online) หรือ ระบบการ จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุม โรคกำหนด
1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) คำนวณจาก $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured รวมกับรักษาครบ (Completed โดยครบรอบรายงานผลการรักษา วันที่ 30 กันยายน 2563 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured รวมกับรักษา ครบ (Completed โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562
2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 ( 1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คำนวณจาก $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563 B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน  หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC

ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4</li> <li>■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2563</li> <li>■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>															
เงื่อนไขการคำนวณ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค <b>ไม่นับรวม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562)</li> <li>■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562)</li> </ul> </li> <li>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</li> <li>3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่</li> </ol>															
<p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b></p> <p><b>ปี 2563 :</b></p> <table border="1" data-bbox="236 1379 1473 1700"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 88</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 87.5</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>หมายเหตุ :</b></p> <p>ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563</p>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	-	-	-	ร้อยละ 88	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	-	-	-	ร้อยละ 87.5
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	-	-	-	ร้อยละ 88												
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	-	-	-	ร้อยละ 87.5												
วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ															



<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 E-mail : swillwan@yahoo.com <b>กรมควบคุมโรค สำนักวิจัยโรค</b></p> <p>หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค โทรสาร : 0 2212 5935</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935 <b>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</b></p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096 982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p>

ตารางที่ 1 มาตรการสำคัญและกิจกรรมหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน</li> <li>▪ พัฒนาและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล</li> <li>▪ เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> <li>▪ พัฒนาศักยภาพแพทย์ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>▪ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular</li> <li>▪ ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB</li> <li>▪ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมควบคุมโรค</li> <li>▪ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
มาตรการที่ 2 ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยพัฒนารูปแบบการกำกับการกินยาโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วย และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน</li> <li>▪ ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>▪ กรมควบคุมโรค</li> <li>▪ กองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อและ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> </ul>

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>■ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</li> <li>■ กรมควบคุมโรค</li> <li>■ กองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>

**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย**  
**อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562**

เขตสุขภาพ/สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562
	2559	2560	2561	ค่าเฉลี่ย	
<b>เขต 1-12</b>	<b>84.2</b>	<b>84.4</b>			<b>≥85</b>
1 เชียงใหม่	79.3	79.3	77.5	78.8	≥85
2 พิษณุโลก	81.6	84.6	79.4	82.5	≥85
3 นครสวรรค์	81.0	84.9	81.3	82.4	≥85
4 สระบุรี	80.6	82.3	80.8	81.3	≥85
5 ราชบุรี	83.8	82.3	83.1	84.0	≥85
6 ชลบุรี	86.3	85.5	84.9	84.5	≥85
7 ขอนแก่น	83.7	85.1	82.4	83.5	≥85
8 อุตรธานี	85.6	85.9	84.1	84.5	≥85
9 นครราชสีมา	86.4	88.9	83.9	85.6	≥85
10 อุบลราชธานี	88.8	84.3	85.5	86.2	≥85
11 นครศรีธรรมราช	83.6	82.7	84.2	84.5	≥85
12 สงขลา	87.0	85.4	83.8	85.2	≥85

**หมายเหตุ**

- ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2559-2561 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2559-2561 ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>)
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562

**ตารางข้อมูลค่าเป้าหมาย อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ใน  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ของหน่วยงาน สคร.**

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จใน การรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ (%)				
	2559	2560	2561	ค่าเฉลี่ย	1 0.2 คะแนน	2 0.4 คะแนน	3 0.6 คะแนน	4 0.8 คะแนน	5 1.0 คะแนน
1 เชียงใหม่	79.2	79.3	77.5	78.8	≤80	82	83	84	≥85
2 พิษณุโลก	81.6	84.6	79.4	82.5	≤80	82	83	84	≥85
3 นครสวรรค์	81.0	84.9	81.3	82.4	≤80	82	83	84	≥85
4 สระบุรี	80.6	82.3	80.8	81.3	≤80	82	83	84	≥85
5 ราชบุรี	83.8	82.3	83.1	84.0	≤80	82	83	84	≥85
6 ชลบุรี	86.3	85.5	84.9	84.5	≤80	82	83	84	≥85
7 ขอนแก่น	83.7	85.1	82.4	83.5	≤80	82	83	84	≥85
8 อุดรธานี	85.6	85.9	84.1	84.5	≤80	82	83	84	≥85
9 นครราชสีมา	86.4	88.9	83.9	85.6	≤80	82	83	84	≥85
10 อุบลราชธานี	88.8	84.3	85.5	86.2	≤80	82	83	84	≥85
11 นครศรีธรรมราช	83.6	82.7	84.2	84.5	≤80	82	83	84	≥85
12 สงขลา	87.0	85.4	83.8	85.2	≤80	82	83	84	≥85

**หมายเหตุ** 1.ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2559-2561 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน

(ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2561 ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>

2. ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562



ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี พ.ศ. 2562* (1)	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (153/แสน ปชก. (2	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562** (3	ร้อยละความครอบคลุม การรักษาปี พ.ศ.2561 (4 = 3/2***	
ประเทศ	66,413,979	101,613	71,095	70	83,831
1 เชียงใหม่	5,886,570	9,006	5,514	61	7,430
2 พิษณุโลก	3,568,767	5,460	3,666	67	4,505
3 นครสวรรค์	2,988,841	4,573	2,715	59	3,773
4 สระบุรี	5,363,895	8,207	5,631	69	6,771
5 ราชบุรี	5,337,306	8,166	5,641	69	6,737
6 ชลบุรี	6,122,520	9,367	7,845	84	7,728
7 ขอนแก่น	5,061,496	7,744	5,876	76	6,389
8 อุดรธานี	5,558,667	8,505	4,816	57	7,016
9 นครราชสีมา	6,777,885	10,370	6,730	65	8,555
10 อุบลราชธานี	4,617,191	7,064	4,993	71	5,828
11 นครศรีธรรมราช	4,478,954	6,853	4,442	65	5,654
12 สงขลา	4,975,239	7,612	4,686	62	6,280
สปคม	5,676,648	8,685	8,540	98	7,165

หมายเหตุ \* ที่มาข้อมูลประชากร ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 36 ง หน้า 132 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T\\_0032.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T_0032.PDF)

\*\* ฐานข้อมูล NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

\*\*\* ข้อมูล ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
<b>ประเทศ</b>	66,413,979	101,613	71,095	70	83,831
กรุงเทพมหานคร	5,676,648	8,685	8,540	98	7,165
จังหวัดกระบี่	473,738	725	406	56	598
จังหวัดกาญจนบุรี	893,151	1,367	937	69	1,127
จังหวัดกาฬสินธุ์	985,346	1,508	1,080	72	1,244
จังหวัดกำแพงเพชร	727,807	1,114	699	63	919
จังหวัดขอนแก่น	1,805,895	2,763	2,347	85	2,279
จังหวัดจันทบุรี	536,496	821	568	69	677
จังหวัดฉะเชิงเทรา	715,009	1,094	763	70	903
จังหวัดชลบุรี	1,535,445	2,349	2,034	87	1,938
จังหวัดชัยนาท	328,263	502	262	52	414
จังหวัดชัยภูมิ	1,138,777	1,742	1,074	62	1,437
จังหวัดชุมพร	510,963	782	491	63	645

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดเชียงราย	1,292,130	1,977	1,394	71	1,631
จังหวัดเชียงใหม่	1,763,742	2,699	1,513	56	2,226
จังหวัดตรัง	643,116	984	538	55	812
จังหวัดตราด	229,914	352	239	68	290
จังหวัดตาก	654,676	1,002	666	66	826
จังหวัดนครนายก	260,093	398	355	89	328
จังหวัดนครปฐม	917,053	1,403	785	56	1,158
จังหวัดนครพนม	718,786	1,100	601	55	907
จังหวัดนครราชสีมา	2,646,401	4,049	2,327	57	3,340
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,560,433	2,387	1,346	56	1,970
จังหวัดนครสวรรค์	1,063,964	1,628	992	61	1,343
จังหวัดนนทบุรี	1,246,295	1,907	1,801	94	1,573
จังหวัดนราธิวาส	802,474	1,228	622	51	1,013
จังหวัดน่าน	478,989	733	381	52	605
จังหวัดบึงกาฬ	423,940	649	331	51	535

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดบุรีรัมย์	1,594,850	2,440	1,531	63	2,013
จังหวัดปทุมธานี	1,146,092	1,754	914	52	1,447
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	548,815	840	632	75	693
จังหวัดปราจีนบุรี	491,640	752	631	84	621
จังหวัดปัตตานี	718,077	1,099	567	52	906
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	817,441	1,251	709	57	1,032
จังหวัดพะเยา	475,215	727	527	72	600
จังหวัดพังงา	268,240	410	260	63	339
จังหวัดพัทลุง	525,044	803	377	47	663
จังหวัดพิจิตร	539,374	825	508	62	681
จังหวัดพิษณุโลก	866,891	1,326	1,094	82	1,094
จังหวัดเพชรบุรี	484,294	741	393	53	611
จังหวัดเพชรบูรณ์	994,540	1,522	935	61	1,255
จังหวัดแพร่	445,090	681	458	67	562
จังหวัดภูเก็ต	410,211	628	752	120	518

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดมหาสารคาม	963,047	1,473	1,188	81	1,216
จังหวัดมุกดาหาร	352,282	539	350	65	445
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	282,566	432	159	37	357
จังหวัดยโสธร	538,729	824	599	73	680
จังหวัดยะลา	532,326	814	434	53	672
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,307,208	2,000	1,261	63	1,650
จังหวัดระนอง	191,868	294	231	79	242
จังหวัดระยอง	723,316	1,107	994	90	913
จังหวัดราชบุรี	873,518	1,336	674	50	1,103
จังหวัดลพบุรี	758,733	1,161	754	65	958
จังหวัดลำปาง	742,883	1,137	750	66	938
จังหวัดลำพูน	405,955	621	332	53	512
จังหวัดเลย	642,773	983	472	48	811
จังหวัดศรีสะเกษ	1,473,011	2,254	1,931	86	1,859
จังหวัดสกลนคร	1,152,282	1,763	940	53	1,454

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดสงขลา	1,432,628	2,192	1,923	88	1,808
จังหวัดสตูล	321,574	492	225	46	406
จังหวัดสมุทรปราการ	1,326,608	2,030	1,912	94	1,675
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,791	297	161	54	245
จังหวัดสมุทรสาคร	577,964	884	1,303	147	730
จังหวัดสระแก้ว	564,092	863	704	82	712
จังหวัดสระบุรี	645,024	987	722	73	814
จังหวัดสิงห์บุรี	209,377	320	168	52	264
จังหวัดสุโขทัย	597,257	914	577	63	754
จังหวัดสุพรรณบุรี	848,720	1,299	756	58	1,071
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,063,501	1,627	956	59	1,342
จังหวัดสุรินทร์	1,397,857	2,139	1,798	84	1,764
จังหวัดหนองคาย	522,103	799	556	70	659
จังหวัดหนองบัวลำภู	512,117	784	429	55	646
จังหวัดอ่างทอง	280,840	430	208	48	354

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,621	579	295	51	478
จังหวัดอุดรธานี	1,586,666	2,428	1,487	61	2,003
จังหวัดอุตรดิตถ์	455,403	697	394	57	575
จังหวัดอุทัยธานี	329,433	504	254	50	416
จังหวัดอุบลราชธานี	1,874,548	2,868	1,818	63	2,366

หมายเหตุ

\* ที่มาข้อมูลประชากร ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 36 ง หน้า 132 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 [http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T\\_0032.PDF](http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T_0032.PDF)

\*\* ฐานข้อมูล NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

\*\*\* ข้อมูล ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ								
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)								
ตัวชี้วัดย่อย	ร้อยละของจังหวัดที่ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU Community)								
คำนิยาม	<p><b>(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)</b></p> <p>(1 RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร</li> <li>- RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น</li> <li>- RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ/เขตของกรุงเทพมหานคร</li> </ul> <p>1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>RDU ขั้นที่ 1</b> หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU Hospital (R1)</th> <th style="width: 50%;">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td rowspan="5">จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td> </tr> <tr> <td>2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> </tr> <tr> <td>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</td> </tr> <tr> <td>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> </tr> <tr> <td>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ	4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค								
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3									
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ									
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3									
5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3									



■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</li> <li>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. <math>\leq 30\%</math> และ รพช. <math>\leq 20\%</math>, AD <math>\leq 20\%</math>, FTW <math>\leq 50\%</math>, APL <math>\leq 15\%</math>)</li> <li>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</li> <li>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</li> <li>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</li> </ol>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI <math>\leq 20\%</math>, AD <math>\leq 20\%</math>)</p>

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI <math>\leq 20\%</math>, AD <math>\leq 20\%</math>, FTW <math>\leq 40\%</math>, APL <math>\leq 10\%</math>)</li> </ol>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

▪ RDU ชั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan</p> <p>2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

1.2.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร)

**เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด:** ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

**หน่วยวัด** ระดับจังหวัด

**คำอธิบาย** แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อย่างน้อย 1 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)

2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับความสำเร็จ	คำอธิบาย
ระดับ 1	1.จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตาม ประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่อำเภอ เป้าหมาย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการ สุขภาพสังกัดอื่น ที่สมัครใจ ดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance
ระดับ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance
ระดับ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation
ระดับ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลือ อย่างน้อย 1 ข้อ
ระดับ 5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก

รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_use](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use) (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 95 %	- RDU ชั้นที่ 2 50%	- RDU ชั้นที่ 2 60%
RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 20%	- RDU ชั้นที่ 3 20%	- RDU ชั้นที่ 3 40%

			- ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการดำเนินการ RDU Community ร้อยละ 30 ของอำเภอในจังหวัด และผ่านเกณฑ์ RDU Community ระดับ 3	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น 3			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>(A1/B) \times 100</math></li> <li>2. <math>(A2/B) \times 100</math></li> <li>3. <math>(C/D) \times 100</math></li> </ol>			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
	- RDU ขั้นที่ 2 $\geq 44$ % - RDU ขั้นที่ 3 $\geq 15$ %	- RDU ขั้นที่ 2 $\geq 46$ % - RDU ขั้นที่ 3 $\geq 15$ %	- RDU ขั้นที่ 2 $\geq 48$ % - RDU ขั้นที่ 3 $\geq 20$ %	- RDU ขั้นที่ 2 $\geq 50$ % - RDU ขั้นที่ 3 $\geq 20$ %
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล			
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			



## คำอธิบายเพิ่มเติม

### นิยามปฏิบัติการสำหรับการดำเนินการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

**ยา** ในที่นี้หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของยาหรือมุ่งหมายใช้เป็นยา

**การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)** หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)//
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

**ชุมชน<sup>1</sup>** หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

---

<sup>1</sup> พระราชบัญญัติการจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.2543

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
ตัวชี้วัดย่อย	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
คำนิยาม	<p><u>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ (AMR)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง <a href="http://203.157.3.54/hssd1/">http://203.157.3.54/hssd1/</a> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ</li> <li>2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</li> <li>4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> <li>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ</li> </ol> </li> <li>2. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยาดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>3. <i>Klebsiella pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin</li> <li>4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)</li> <li>5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</li> </ol> </li> </ol>

	<p>6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)</p> <p>8. <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic	ร้อยละ 20 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate	- ร้อยละ 95 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate -การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปี ปฏิทิน 61	การติดเชื้อ AMR ลดลง 15% จากปี ปฏิทิน 61
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1			
รายการข้อมูล 1 (AMR)	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate			
รายการข้อมูล 2 (AMR)	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 121 แห่ง			
รายการข้อมูล 3 (AMR)	C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61			
รายการข้อมูล 4 (AMR)	D = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li><math>(A/B) \times 100</math> และ</li> <li><math>(D-C) \times 100 / C</math></li> </ol>			



ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 62 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61 ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61									
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:										
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12เดือน				
		- ร้อยละ 68 ของรพ.ทั้งหมด ผ่านระดับ Intermediate - การติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือด ลดลง 5 %				- ร้อยละ 95 ของรพ.ผ่าน ระดับ Intermediate - การติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือดลดลง 7.5%				
วิธีการประเมินผล :		การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล								
เอกสารสนับสนุน :		รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสม เหตุผล								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data (AMR)		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2562		ร้อยละ		2560	2561	2562		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด		1. ญญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com		Basic 88.98 (ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายระดับ basic ร้อยละ 70			Intermediate 96.64 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อย ละ 20 และ อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.49	
		2. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรสาร : 02-5910343 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)		นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th						

	<p><b>3. นางวารภรณ์ เทียนทอง</b>          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652      โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980          โทรสาร : 02-5903443      E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com  <b>สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b></p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวคริสติน่า ลีสุรพลานนท์      เกษียรปฏิบัติกร          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903792      โทรศัพท์มือถือ : 081-264-9910          โทรสาร : 02-5918486      E-mail : Christina.lee@fda.moph.go.th  <b>กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p> <p>2. ญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ      เกษียรชำนาญการ          โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628      โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289          โทรสาร : 02-5901634      E-mail : praecu@gmail.com  <b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>

## คำอธิบายเพิ่มเติม

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม<sup>i</sup>

**การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)** หมายถึง ระบบของพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือเขต กรณีกรุงเทพมหานคร) ที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย และมีการเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังสู่ครัวเรือนและชุมชน โดยมีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงมีการนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชนด้วยชุมชน โดยมีการจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านการใช้ยาอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะภาคเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งกระจายยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยชุมชน<sup>ii</sup> หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

<sup>i</sup> สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561.

<sup>ii</sup> พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	28. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง											
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98 และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดเพิ่ม PERSON) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา กรณี 1 เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2 เพื่อการวินิจฉัย 3 เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B / A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4											
ปี 2561 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 1 - 3</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10									
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 1 - 3</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ขั้นตอน 1 - 5</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10									

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p><b>ขั้นตอน 1</b> ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 2</b> มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p><b>ขั้นตอน 3</b> มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p><b>ขั้นตอน 4</b> มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p><b>ขั้นตอน 5</b> สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ</p>													
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1" data-bbox="475 779 1430 958"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ 6.87</td> <td>ลดลงร้อยละ 7.20</td> <td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.62</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562		ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 6.87	ลดลงร้อยละ 7.20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.62
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2560	2561	2562										
	ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 6.87	ลดลงร้อยละ 7.20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.62										
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<table border="0" data-bbox="475 992 1430 1641"> <tr> <td>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ : 02 - 5901761</td> <td>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร : 02 - 5901802</td> </tr> <tr> <td>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631</td> <td>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>3. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>5. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรสาร : 0 2590 1631</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com</td> </tr> </table> <p><b>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>	1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ : 02 - 5901761	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร : 02 - 5901802	2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com	3. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com	4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com	5. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรสาร : 0 2590 1631	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com			
1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ : 02 - 5901761	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรสาร : 02 - 5901802													
2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com													
3. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com													
4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 E-mail : thanawan.2426@gmail.com													
5. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรสาร : 0 2590 1631	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 E-mail : sparadizes@gmail.com													
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>													
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<table border="0" data-bbox="475 1765 1430 1998"> <tr> <td>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631</td> <td>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com</td> </tr> </table>	1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com	2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com									
1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรสาร : 02 - 5901631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com													
2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรสาร : 02 - 5901631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 E-mail : nuttina24@gmail.com													

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

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. อัตราตายทารกแรกเกิด			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม ที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาล สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เป้าหมายปีงบประมาณ 63: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต				
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขและ กบรส.			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2 (Ins Report) 2. ฐานข้อมูลจาก website: <a href="http://cmi.chiangmaihealth.go.th">http://cmi.chiangmaihealth.go.th</a>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.75	-	3.70
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.65	-	3.60

ปี 2565 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	-	3.55	-	3.50		
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล					
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด อัตราตายทารกแรกเกิด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	2562
	7	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	3.94	3.51	4.26	4.19
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com <b>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</b> 2. นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com <b>กรมการแพทย์</b>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com <b>กรมการแพทย์</b>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com <b>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</b> 2. นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334					



	โทรสาร : 02-9659851 <b>กรมการแพทย์</b> 3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรสาร : 02-5918279 <b>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</b>	E-mail : pattarawin@gmail.com  นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098 - 5463564 E-mail : eva634752@gmail.com
--	--	---

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อและกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</li> <li>1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol> </li> <li>2. มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า 10-18)</li> </ol> </li> </ol>

	<p>2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)</p> <p>2.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯหน้า 26-32)</p> <p>2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)</p> <p>2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ &gt; 60 ปี ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบังคับทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า 76-80)</p> <p>2.6 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>3. มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 (แสดงคุณภาพการสังการรักษาด้วย opioids ดูรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์</p> <p>4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/ breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care)</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (แสดงคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง, เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (ติดตามผลการดำเนินการรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์</p>
--	--

<p>เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย          ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ดึงจากฐาน HDC)</p>			
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้าย          ของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน          ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม          ในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับ          การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระ          สิ้นสุดท้ายของชีวิต</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ ทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพจากระบบรายงานผล Health          data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ปัจจุบันที่          ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับดูแลการรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้          ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้ม          การติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>Health data center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a> รายงานมาตรฐาน          ข้อมูลตองสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อย          ละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย          ระดับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล (workload)</p>		
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ          ประคับประคอง (Z51.5 และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid ดึงข้อมูลจาก          ฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC          เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ ซ้ำ รายการยา Opioid ที่          องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และรหัสยา 24 หลัก (หลักที่          1 - 11 แสดงชื่อสามัญ CODEINE PHOSPHATE (10223023200 , METHADONE          (10223200000 , MORPHINE (10223300000 , MORPHINE SULFATE          (10223328000 tablet, injection), FENTANYL (18001600100 , METHADONE          SYRUP (30223200000 , MORPHINE SYRUP (30223300000 , MORPHINE          SULFATE SYRUP (30223328000 และยา Oxycodone/ OXYCONTIN เป็นยา          นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก</p>		
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ          ประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล</p>		

	ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, N185 และผู้ป่วยอายุ 0 – 14 ปี ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน								
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>									
ปี 2563 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 40						
ปี 2564 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 45</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 45	-	ร้อยละ 45
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 45	-	ร้อยละ 45						
ปี 2565 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 50	-	ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 50	-	ร้อยละ 50						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์</li> <li>2. การติดตามผ่านอนุกรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด</li> <li>4. การติดตามรายการยา Opioid โดยกองบริหารระบบสาธารณสุข</li> <li>5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ provincial network certification</li> </ol>								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (<a href="http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778">http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778</a> )</li> <li>2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ <a href="http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf">http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf</a></li> <li>3. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์</li> </ol>								



<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สำนักวิชาการ กรมการแพทย์
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246 โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960 E-mail : spathomphorn@gmail.com 2. พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail : noiduenpen@yahoo.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	16. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ</li> </ul> <p>ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม</p>



	สุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน ของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	43 เพิ่ม (Person/Provider/ Service/Diagnosis_opd/Drug_opd/ Procedure_opd/Labor			
รายการข้อมูล 1 (A)	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A- Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77x)			
รายการข้อมูล 2 (B)	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50-U76 และ U78-U79 การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 การให้หัตถการ (900-77- 00 ถึง 900-78-88) หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) อย่าง ใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส z			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1. ชี้แจง และสร้างกลไก การมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ	1. สนับสนุนให้มีการ จัดบริการด้านการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์	สถานบริการทุกระดับมี การจัดบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและ	1. มีการให้บริการ ผู้ป่วยนอกด้วยการ ตรวจ วินิจฉัย รักษา	

<p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน</p>	<p>ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ., รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA ร้อยละ 40</p>	<p>การแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้าน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน</p>	<p>โรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่า ร้อยละ 6 ของการสั่งจ่ายยาทั้งหมด</p>
--	---	---	--

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีระบบจัดการยาสมุนไพรในจังหวัด 1.1 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อบริหารยาสมุนไพรของจังหวัด 1.2 มีบัญชียาสมุนไพรของจังหวัด ไม่น้อยกว่า 30 รายการ 1.3 มีการกำหนดยาสมุนไพรทดแทนหรือใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First line drug) 1.4 มีแผนงานหรือการจัดสรรเงินสำหรับยาสมุนไพรในจังหวัด 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล</p>	<p>1. ร่วมจัดบริการการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) จังหวัดละ 1 แห่ง 2. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ 3. บูรณาการการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับให้มีบริการ ตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม รักษาโรคเรื้อรัง เช่น DM, HT, COPD,</p>	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ., รพท., รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน 2. จำนวนครั้งของรพ. การแพทย์แผนไทยนำร่อง 19 แห่ง มีการสั่งจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพื่อการรักษาโรค เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</p>	<p>1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 19.5 2. ส่งเสริมให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรโดยมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6 (ปี 2562 คิดเป็น ร้อยละ 5.17</p>

<p>สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการ จัดบริการการแพทย์แผน ไทย เพื่อพัฒนาการบริการ ที่ได้มาตรฐาน 3. สนับสนุนให้มีการ จัดบริการด้านการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกในระบบบริการ สาธารณสุข</p>	<p>OA, CVA CA ฯลฯ อย่าง น้อย 1 โรค</p>																																	
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก</p>																																	
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก</p>																																	
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p>1. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายระดับสถานบริการ สามารถแสดงผลได้ ดังต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="584 1216 1430 1559"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ./รพท.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.94</td> <td>9.12</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>16.88</td> <td>14.69</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>33.32</td> <td>36.48</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายจังหวัด สามารถแสดงผลได้ ดังต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="584 1671 1445 1948"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562</th> <th colspan="3">ประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย 3 ปีข้างหน้า</th> </tr> <tr> <th>พ.ศ. 2563</th> <th>พ.ศ. 2564</th> <th>พ.ศ. 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ค่าเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ 18.5</td> <td>ร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 20.5</td> <td>ร้อยละ 21.5</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		2561	2562	รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.94	9.12	รพช.	ร้อยละ	16.88	14.69	รพ.สต.	ร้อยละ	33.32	36.48		ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย 3 ปีข้างหน้า			พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.																																
		2561	2562																															
รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.94	9.12																															
รพช.	ร้อยละ	16.88	14.69																															
รพ.สต.	ร้อยละ	33.32	36.48																															
	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย 3 ปีข้างหน้า																																
		พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565																														
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5																														

จังหวัดที่ไม่ผ่าน	17 (22.36)	28 (36.84)	37 (48.68)	43 (56.58)
จังหวัดที่ผ่าน	59 (77.63)	48 (63.16)	39 (51.32)	33 (43.42)

ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 30 สิงหาคม 2562

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 โทรสาร : 0-2149-5647 E-mail : khwancha@health.moph.go.th <b>สถาบันการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 โทรสาร : 0-2149-5636 E-mail : tewantha@gmail.com <b>กองการแพทย์ทางเลือก</b></p> <p>3. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900 โทรสาร : 0-2591-4409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com <b>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</b></p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชชัย กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683 โทรสาร : 0-2149-5653 E-mail : augus_organ@hotmail.com <b>กองวิชาการและแผนงาน</b></p> <p>5. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 โทรสาร : 0-2149-5649 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com <b>กองวิชาการและแผนงาน</b></p> <p>6. นางศรีจรรยา โชติ๊ก กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791 โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : kungfu55@gmail.com <b>กองวิชาการและแผนงาน</b></p>
---	--

<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก												
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="563 371 1018 517">           1. นางสาวมุสซา จันทรประเสริฐ            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490            โทรสาร : 0-2965-9490         </td> <td data-bbox="1018 371 1455 517">           แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939            E-mail : ppin1987@gmail.com         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="563 517 1455 584"> <b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="563 584 1018 797">           2. นางสาวสุดารัตน์ เกตุโล            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653            โทรสาร : 0-2149-5653            sudarat.osta@gmail.com         </td> <td data-bbox="1018 584 1455 797">           นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252            E-mail :         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="563 797 1455 864"> <b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="563 864 1018 1077">           3. นายพิสิษฐ์พล นางาม            โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649            โทรสาร : 0-2149-5649            iettcm.dtam@gmail.com         </td> <td data-bbox="1018 864 1455 1077">           นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ            โทรศัพท์มือถือ 087-545-4945            E-mail :         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="563 1077 1455 1133"> <b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้</b> </td> </tr> </table>	1. นางสาวมุสซา จันทรประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : ppin1987@gmail.com	<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</b>		2. นางสาวสุดารัตน์ เกตุโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : 0-2149-5653 sudarat.osta@gmail.com	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252 E-mail :	<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ</b>		3. นายพิสิษฐ์พล นางาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 iettcm.dtam@gmail.com	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 087-545-4945 E-mail :	<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้</b>	
1. นางสาวมุสซา จันทรประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : ppin1987@gmail.com												
<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</b>													
2. นางสาวสุดารัตน์ เกตุโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : 0-2149-5653 sudarat.osta@gmail.com	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252 E-mail :												
<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ</b>													
3. นายพิสิษฐ์พล นางาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 iettcm.dtam@gmail.com	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 087-545-4945 E-mail :												
<b>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้</b>													

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p><b>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b> หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2563</p> <p><b>พื้นที่เป้าหมาย</b> หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	61	62	63	64	65
	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 63	≥ร้อยละ 68	≥ร้อยละ 71	≥ร้อยละ 74
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการ ปี 2563 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำข้อมูลปี 2563 รวมกับข้อมูลของปี 2552 – 2562				

	<p>โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a></p> <p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) ทะเบียนบุคคล 8) วันเดือนปีเกิด 9) อำเภอ 10) จังหวัด 11) รหัสโรคซึมเศร้า 12) คะแนน 9Q 13) คะแนน 8Q</p> <p>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะส่งข้อมูลหรือรายงานมายัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 ที่งานจะบันทึก ข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน</li> <li>2. ส่งข้อมูลจาก file แบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail: <a href="mailto:depression54@hotmail.com">depression54@hotmail.com</a> หรือ <a href="mailto:info@thaidepression.com">info@thaidepression.com</a> หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์</li> <li>3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a> สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทางช่องทางออนไลน์ทั้งหมด สุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า</li> </ol> <p><b>คำอธิบายสูตร:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2563 ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต</li> <li>• ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า ปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรกลางปี 2561 (เฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)</li> </ul>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2563

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน:			
ปี 2561			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 55
ปี 2562			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 63
ปี 2563			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 68
ปี 2564			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 71
ปี 2565			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ 74
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐาน ข้อมูล 43 แพ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 – 2563 วัดจากฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>		
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ
			พ.ศ.
			2560      2561      2562
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ร้อยละ	54.37      61.21      66.76



	เทียบกับคาดประมาณ จากความชุกที่ได้จากการ สำรวจ				(ข้อมูล ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2562)
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com</p> <p>2. นางรุ่งมณี ยั่งยืน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 083-7978881 โทรสาร : 045-352514 E-mail : rungring17@yahoo.com ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p>				
<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<p>1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	<p>1. นายประมอญ พิมพ์หล่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 088-581-7727 โทรสาร : 045-352513 E-mail : proj207@hotmail.com</p> <p>2. นายอรรถกร วงศ์อนันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 083-128-7033 โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com</p> <p>3. นายวีระพงศ์ ผาปรางค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 088-599-4087 โทรสาร : 045-352513 E-mail : depression54@hotmail.com ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	33. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
ตัวชี้วัดย่อย	33.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ				
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : 1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน</li> <li>2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศต่อไป</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย 1 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 ด้วยวิธีการต่างๆตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรง มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 แต่ไม่เสียชีวิต และคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2563)</p>				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><b>เป้าหมาย 1 :</b> รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>เป้าหมายย่อย 1.1 :</b> รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต</p>																
แหล่งข้อมูล	<p><b>เป้าหมาย 1 :</b> ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</p> <p><b>เป้าหมายย่อย 1.1 :</b> หน่วยบริการสาธารณสุข</p>																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2562																
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน 1 ปี																
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><b>เป้าหมาย 1 :</b> <math>(A/B) \times 100,000</math></p> <p><b>เป้าหมายย่อย 1.1 :</b> <math>(C/D) \times 100</math></p>																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																
<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <p>ปี 2561:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ <math>\leq 6.3</math> ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ <math>\leq 6.3</math> ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี														

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ

เอกสารสนับสนุน :

- ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดย งานดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยงานดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis</li> <li>2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</li> </ol> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt; 2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)</p>

	<p>4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)</p> <p>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5)</p> <p><b>5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</b> หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p><b>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</b> เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>						
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล &lt; ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis &lt; ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis</p>							
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2563</td> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2564</td> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2565</td> </tr> <tr> <td>&lt; ร้อยละ 28</td> <td>&lt; ร้อยละ 26</td> <td>&lt; ร้อยละ 24</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	< ร้อยละ 28	< ร้อยละ 26	< ร้อยละ 24
ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565					
< ร้อยละ 28	< ร้อยละ 26	< ร้อยละ 24					
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>						
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>						
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>						
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน</p>						
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p>						
<p><b>รายการข้อมูล 2</b></p>	<p>B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative</p>						

	(รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น		
<b>รายการข้อมูล 3</b>	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		
<b>รายการข้อมูล 4</b>	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)		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A+C) / D \times 100$		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ทุก 6 เดือน		
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>มีคณะทำงานเป็นที่สหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</li> <li>มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างที่สหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</li> <li>มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้</li> </ol>			
<b>ปี 2563 :</b>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28
-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับ 2-3 ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับ 2-3 ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
-	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)	-	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="504 472 1481 725"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40</td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> <td>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1	2	3	4	5		สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20		
คะแนน	1	2	3	4	5										
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20										
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย														
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1" data-bbox="504 788 1481 1039"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>34.79</td> <td>32.03</td> <td>34.65</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2559	2560	2561	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65	
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน											
		2559	2560	2561											
อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65											
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<table border="0" data-bbox="504 1048 1481 1370"> <tr> <td>1. นพ.พจน์ อินทลาภพร</td> <td>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891</td> <td>E-mail : drpojin@yahoo.com</td> </tr> <tr> <td>2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์</td> <td>สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535</td> <td>E-mail : mr.sepsis@yahoo.com</td> </tr> <tr> <td>3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036</td> <td>E-mail : crisis27@gmail.com</td> </tr> </table>	1. นพ.พจน์ อินทลาภพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891	E-mail : drpojin@yahoo.com	2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์	สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535	E-mail : mr.sepsis@yahoo.com	3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง		โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036	E-mail : crisis27@gmail.com		
1. นพ.พจน์ อินทลาภพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี														
โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891	E-mail : drpojin@yahoo.com														
2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์	สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก														
โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535	E-mail : mr.sepsis@yahoo.com														
3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง															
โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036	E-mail : crisis27@gmail.com														
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์</li> </ol>														
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<table border="0" data-bbox="504 1550 1481 1975"> <tr> <td>1. นพ.ภัทรวิชน์ อัดตะสาระ</td> <td>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร 02-965-9851</td> <td>E-mail : pattarawin@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>3. นายปวิช อภิบาลกุล</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350</td> <td>โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร: 0 2591 8279</td> <td>E-mail: eva634752@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</td> <td></td> </tr> </table>	1. นพ.ภัทรวิชน์ อัดตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334	โทรสาร 02-965-9851	E-mail : pattarawin@gmail.com	3. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350	โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564	โทรสาร: 0 2591 8279	E-mail: eva634752@gmail.com	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	
1. นพ.ภัทรวิชน์ อัดตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334														
โทรสาร 02-965-9851	E-mail : pattarawin@gmail.com														
3. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ														
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350	โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564														
โทรสาร: 0 2591 8279	E-mail: eva634752@gmail.com														
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์															

## ตารางประกอบคำนิยาม

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

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

Heart rate  $>90$  beats/min

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

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

### ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกร้าว			ดีขึ้น กระตุ้นกระตุ้น ที่ถึงขั้น	ดี ของรู้อีก	ขึ้น แต่เวียนหัว ตามมือ	ขึ้นมาก ต้องกระตุ้น จึงจะกินยา	ไม่รู้สึก แม้กระตุ้นแล้วก็ตาม
ปีสภาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปีสภาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปีสภาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปีสภาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

**Interpretation**

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

**ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล  
ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)**

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

**วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล  
ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

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

ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว = มีครบทั้ง 3 ข้อ

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	35.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับM1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	35.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับM1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ 35.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery > ร้อยละ 30 นับตั้งแต่ รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 35.3 Rate Refracture < ร้อยละ 25 * (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้น ทำโครงการ มาแล้ว 1 ปี
คำนิยาม	ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลั่นตรายนิตไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย กลั่นตรายนิตไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ใน ระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูก ต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า จากกลั่นตรายนิต ไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โครงการ Refracture Prevention เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochanter S72.2

	<p><b>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <p>1. Compression spine S22.0 (T-spine S32.0 (LS-spine S32.7 (multiple LS with pelvis</p> <p>2. Humerus S42.2 (proximal S42.3 (shaft S42.4 (distal</p> <p>3. Distal radius S52.5 (without ulna S52.6 (with ulna</p> <p>4. Distal femur S72.4</p> <p>5. Proximal tibia S82.1</p> <p>6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond S82.5 (Medial malleolus S82.6 (lateral malleolus S82.8 (lower leg, other</p> <p><b>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <p>1. open reduction with internal fixation femur 79.35</p> <p>2. Close reduction with internal fixation femur 79.15</p> <p>3. Total hip arthroplasty 81.51</p> <p>4. Partial hip arthroplasty 81.52</p> <p><b>Liaison</b> หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p><b>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention</b> หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--



เกณฑ์เป้าหมาย:

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
1. การจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ 2. การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery > ร้อยละ 30 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3. Rate Refracture < ร้อยละ 25		

<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p> <p><b>หัวหน้าโครงการ</b> ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p><b>ผู้ประสานงาน</b> Fracture liaison nurse (FLS nurse)</p> <p><b>ระดับ รพศ./รพท.</b> คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ</p> <p><b>ระดับ รพช.</b> คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้งทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u> <b>ระดับ รพศ./รพท.</b>- วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p><b>ระดับ รพช.</b> - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> <b>ระดับ รพศ./รพท.</b>- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p><b>ระดับ รพช.</b> - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p><b>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ</b></p> <p><u>จำเป็นต้องมี</u> เกสซิกเกอร์, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p><u>แนะนำให้มี</u> ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p>
----------------------------	---

	<p>หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น</p> <p><b>สหสาขาวิชาชีพ</b> หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p><b>Liaison</b> หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p><b>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention</b> หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1.โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC ของกระทรวง</p> <p>2.จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์</p> <p>3.ฐานข้อมูลในรูปแบบ Application และเก็บข้อมูลเป็น National Registry</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A = จำนวนโรงพยาบาล M1,S,A ที่มีทีม Refracture Prevention</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาล M1,S,A = 120</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B \times 100)$
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>C = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง</p> <p>D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(C/D) \times 100$
<b>รายการข้อมูล 3</b>	<p>E = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ</p> <p>F = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(E/F) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ทุกไตรมาส (ยกเว้นรายการข้อมูลที่ 3 รายงาน รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.45	1. มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.91	1. มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.37	1. มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ใน โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ร้อยละ 5.83
2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชม.	2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชม.	2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.	2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชม.
			3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการหักซ้ำ

ปี 2564

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

ปี 2565

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

วิธีการประเมินผล	ตามตารางท้าย KPI template
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการจัดตั้งทีมและการดำเนินโครงการ Refracture Prevention

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไป ที่มีทีม Refracture Prevention	ร้อยละ	NA	ทั่วประเทศ 50 รพ. ร้อยละ 42	ทั่วประเทศ 95 รพ. ร้อยละ 79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-353-9844 โทรศัพท์มือถือ: 081-435-6018 โทรสาร: 02- 353-9759 E-mail: charoenchaipppr@gmail.com สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>2. แพทย์หญิงชายนัน เมธาติลกกุล ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-353-9844 โทรศัพท์มือถือ: 081-530-0570 โทรสาร: 02- 353-9759 E-mail: sciorthop@gmail.com สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลเลิดสิน</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-353-9844 โทรศัพท์มือถือ: 081-435-6018 โทรสาร: 02- 353-9759 E-mail: charoenchaipppr@gmail.com สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>2. แพทย์หญิงชายนัน เมธาติลกกุล ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-353-9844 โทรศัพท์มือถือ: 081-530-0570 โทรสาร: 02- 353-9759 E-mail: sciorthop@gmail.com สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลเลิดสิน</p>				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ระดับการแสดงผล	เขตและประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	36.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด			
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)			
ตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 8
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด S T E M I			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แห่งและข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
≤ 9	≤ 9	≤ 9	≤ 9		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8		
ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
< 8	< 8	< 8	< 8		
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร 43 เพิ่มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	13.39	ร้อยละ	10.12	9.64	8.41
ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษผู้ป่วย STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้รายละเอียดลิ้มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกเขตบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai ACS Registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
50	50	50	50	
ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
50	50	50	50	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
50	50	50	50	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
60	60	60	60	
ปี 2565:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
60	60	60	60	
วิธีการประเมินผล :	<p>รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด</li> </ul>			

	<p>-จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI</p> <p>-จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ทั้งหมด</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>- เอกสาร 43 เพิ่มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry</p> <p>- IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European heart journal</i>, 2017, 39.2: 119-177.</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	47.16
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	48.79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพรวรรณ ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทที่ทำงาน: 02-591-9972 โทรศัพทมือถือ: 081-845-9395  โทรสาร : 02-591-9972 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com  สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพรวรรณ ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทที่ทำงาน: 02-591-9972. โทรศัพทมือถือ: 081-845-9395  โทรสาร : 02-591-9972 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com  สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>				



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยมนวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา</li> <li>-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา</li> <li>-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</li> <li>-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง กำหนด ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน โดยนับ จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยมนวินิจฉัยเป็น มะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก</li> <li>-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยา เคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด</li> <li>-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลา ในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน โดยนับ จาก</p>

	<p>-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นัยการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</p> <p>-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด</p> <p>-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</p> <p><b>หมายเหตุ</b> การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p>	
<p><b>ปีงบประมาณ 2563</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 70</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 70</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> </ol>	
<p><b>ปีงบประมาณ 2564</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> </ol>	
<p><b>ปีงบประมาณ 2565</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 75</li> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ 60</li> </ol>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</p>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด</li> <li>ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด</li> <li>ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา</li> </ol>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา</li> <li>จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นัยโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ</li> </ol> </li> </ol>

	<p>3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา</p> <p>3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</p> <p>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</p> <p><b>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</b></p> <p>3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดชิ้นเนื้อให้การรักษา มะเร็ง</p>			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล</p> <p>2. หน่วยบริการศัลยกรรม หอผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</p>			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p><math>A_{(S)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา <math>\leq 4</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><math>A_{(C)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด <math>\leq 6</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p><math>A_{(R)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา <math>\leq 6</math> สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p><math>B_{(S)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p><math>B_{(C)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p><math>B_{(R)}</math> = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>1. <math>(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100</math></p> <p>2. <math>(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100</math></p> <p>3. <math>(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100</math></p>			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)			
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>				
ปี 2563	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70

ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60
ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	75	-	75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60
ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75



	<p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6352 โทรสาร: 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com</p>
--	--	--

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ (ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัดเนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน)		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr		
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</li> <li>eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</li> </ul>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น</p> <p>'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618'</p> <p>ที่มี 60 &gt; eGFR ≥ 15</p>		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน</li> <li>• โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time</li> </ul>								
แหล่งข้อมูล	HDC								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง $< 5$								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><math>(A/B) \times 100</math></p> <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR <math>\geq 2</math> ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน</p> <p>วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression</p> <p><math>(y = mx+b)</math></p> <p>โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ</p> <p>GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก</p> <p>y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2563 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 66</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66						
ปี 2564 :									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 67</td> <td>ร้อยละ 67</td> <td>ร้อยละ 67</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67						



วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		ร้อยละ	62.8	58.65	57.10
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ –สกุล นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 สถานที่ทำงาน รพ.หาดใหญ่		ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม E-mail : kcharoen007@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ –สกุล นายไพบูลย์ ไวกยี่ โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 สถานที่ทำงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		ตำแหน่ง หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ –สกุล พ.ญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-6469469 สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี		ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail : wpichaiw@hotmail.com		

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับ สายตา (VA) แย่กว่า 20/400		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจาก ต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอ คอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึก ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2563 :		
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85		
ปี 2565 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	โปรแกรม Vision2020 thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	84.09	84.44	84.11
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม vision2020 thailand				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อุตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)		
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภา กำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออก เพื่อการนำไปปลูกถ่าย</li> <li>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงาน ตัวชี้วัดปี 2563 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2562 เป็นตัวหาร</li> </ul>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	0.9	1.0	1.0
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = (A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส และรวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	0.3	0.5	0.7
			รอบ 12 เดือน
			0.9

ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
0.4		0.6		0.8
				รอบ 12 เดือน
				1.0
ปี 2565 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
0.4		0.6		0.8
				รอบ 12 เดือน
				1.0
วิธีการประเมินผล :				
เอกสารสนับสนุน :		ข้อมูลรายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ
				พ.ศ.
				2559
				2560
				2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 259 06358-59 โทรสาร: 0 296 59851 E-mail: supervision.dms@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 259 06358-59 โทรสาร: 0 296 59851 E-mail: <a href="mailto:supervision.dms@gmail.com">supervision.dms@gmail.com</a> นางกฤติกา อิงคสุวรรณกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906351 โทรศัพท์มือถือ : 086-8949675 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : <a href="mailto:eva634752@gmail.com">eva634752@gmail.com</a> สถานที่ทำงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	24. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)		
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดหมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3</li> <li>- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6</li> <li>- ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป</li> </ul>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	50	55	60
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต. ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับเสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน		

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		50		50	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		55		55	
ปี 2565 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		60		60	
วิธีการประเมินผล :		สถานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต. ประเมินผลโดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การให้คะแนน			
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	
		40	45	50	
				ระดับ 4	
				ระดับ 5	
				60	
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2560	2561
				2562	
		ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจากหน่วย (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี) 52.38	74.90	48.57
				41.23	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นพ.อังกูร ภัทรการ ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถานที่ทำงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 2.นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สถานที่ทำงาน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884			

	<p>3.นพ.อัศวพล คุรุศาสตร์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>4.นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์  โทรศัพทที่ทำงาน : 053-298080 โทรศัพทมือถือ : 093-372732</p> <p>5.นพ.ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>-กองบริหารการสาธารณสุข</li> <li>-กรมการแพทย์</li> </ul>
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>1.นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5902422 โทรสาร : 02-5901863</p> <p>2.นาง อัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> กองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740</p> <p>3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  <b>สถานที่ทำงาน</b> สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399</p>



ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	24. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง		
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ที่อาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน</li> <li>2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทารายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน</li> <li>3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น</li> <li>4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ</li> </ol>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	60	65	70
วัตถุประสงค์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต. ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน													
เกณฑ์การประเมิน														
ปี 2563 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
		60		60										
ปี 2564 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
		65		65										
ปี 2565 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
		70		70										
วิธีการประเมินผล :	<p>สถาบันบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต. ประเมินผลโดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	50	55	60	65	70
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
50	55	60	65	70										
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต. และปรับปรุงนิยามจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V screening test)													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ											
			พ.ศ.											
			2560	2561	2562									
	ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ (เฉลี่ย 2 ปี) 59.37	-	62.01	56.61									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นพ.อังกูร ภัทรากร ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ</p> <p>สถานที่ทำงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106</p>													

	<p>2.นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพทมือถือ : 089-1403884</p> <p>3.นพ.อักรพล คุรุศาสตร์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>4.นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์  โทรศัพทที่ทำงาน : 053-298080 โทรศัพทมือถือ : 093-372732</p> <p>5.นพ.ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>-กองบริหารการสาธารณสุข</li> <li>-กรมการแพทย์</li> </ul>
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	<p>1.นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5902422 โทรสาร : 02-5901863</p> <p>2.นาง อัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  <b>สถานที่ทำงาน</b> กองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740</p> <p>3. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  <b>สถานที่ทำงาน</b> สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399</p>

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	25. โครงการการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
ตัวชี้วัดย่อย	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
คำนิยาม	การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่นำเข้าโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถหากิจวัตรประจำวัน บาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069

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

**เกณฑ์เป้าหมาย**

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

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

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

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน</li> <li>สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</li> <li>เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน</li> <li>ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	<p><b>ตัวชี้วัดหลัก</b> ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด (ความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p><b>ภาคผนวก 1</b> เกณฑ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p><b>ภาคผนวก 2</b> IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1 Problem list &amp; plan, 2 Standing doctor order sheet, 3 Team meeting report และ 4 Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p><b>ตัวชี้วัดรอง</b> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index</p>

	<p>&gt;15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index &gt;15 with multiple impairment</p>			
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
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 25		ร้อยละ 50
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 60		ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 70		ร้อยละ 65
วิธีการประเมินผล :	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน			
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ</li> <li>- รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)</li> <li>- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559</li> </ul>			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
					เริ่มมีการ ดำเนินการ IMC เป็นปีแรก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ ศุภศิลป์ จาปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 Email: sjampanak@gmail.com กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</p> <p>2. นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 Email: Peed.pr@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 Email: jurairat_jaa@hotmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <p>4. แพทย์หญิง วิชนี ธงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 Email: vichyrehab@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	26. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery				
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery				
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช. ดังนี้</p>				
	ลำดับ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnosis</th> <th>ICD-10 /ICD-9-CM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> <p>Inguinal hernia</p> <p><b>ICD10 – ICD9 :</b></p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM	1
Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM				
1	<p>Inguinal hernia</p> <p><b>ICD10 – ICD9 :</b></p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect</p>				

		<p>53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele	<p>ICD10 – ICD9 :</p> <p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p>
3	Hemorrhoid	<p>ICD10 – ICD9 :</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids</p>
4	Vaginal bleeding	<p>ICD10 – ICD9 :</p> <p>68.16 Closed biopsy of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiae</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus</p>
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	<p>ICD10 :</p> <p>I85.0 Oesophageal varices with bleeding</p> <p>I85.9 Oesophageal varices without bleeding</p> <p>I86.4 Gastric varices</p> <p>I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere</p>

		<p>I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus</p> <p>43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach</p> <p>44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p>
6	Esophageal-Gastric Stricture	<p><b>ICD10 – ICD9 :</b></p> <p>42.92 Dilation of esophagus</p> <p>44.22 Endoscopic dilation of pylorus</p>
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>C15 Malignant neoplasm of oesophagus</p> <p>C16 Malignant neoplasm of stomach</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus</p> <p>42.81 Insertion of permanent tube into esophagus</p>
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	<p><b>ICD 10 :</b></p> <p>D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon</p> <p>K62.0 Anal polyp</p> <p>K62.1 Rectal polyp</p> <p>K63.5 Polyp of colon</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine</p> <p>45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine</p>
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis</p> <p>K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis</p> <p>K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis</p> <p>K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis</p>

		<p>K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis</p> <p>K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p> <p>51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract</p>
10	<i>Pancreatic ductstone</i>	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct</p>
11	<i>Bile duct stricture</i>	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma</p> <p>C23 Malignant neoplasm of gallbladder</p> <p>C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract</p> <p>C25 Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus</p> <p>K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus</p> <p>K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus</p> <p>K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct</p>

		<p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p>
12	Pancreatic duct stricture	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>C25 Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis</p> <p>K86.1 Other chronic pancreatitis</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube</p> <p>52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct</p>
13	Foreign body of upper Gl. tract	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>T18.1 Foreign body in oesophagus</p> <p>T18.2 Foreign body in stomach</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision</p> <p>98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision</p>
14	Pterygium Excision	<p><b>ICD10 :</b></p> <p>H11.0 Pterygium</p> <p><b>ICD9 :</b></p> <p>11.31 Transposition of pterygium</p> <p>11.32 Excision of pterygium with corneal graft</p>

		11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva
15	Female sterilization	<p><b>ICD10 :</b> Z30.2 Sterilization</p> <p><b>ICD9 :</b> 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS</p>
16	Percutaneous fracture fixation	<p><b>ICD10 :</b> S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand</p>

		<p>S62.1 Fracture of other carpal bone(s)  S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones  S62.7 Multiple fractures of fingers  S82.0 Fracture of patella  S82.1 Fracture of upper end of tibia  S82.2 Fracture of shaft of tibia  S82.3 Fracture of lower end of tibia  S82.4 Fracture of fibula alone  S82.5 Fracture of medial malleolus  S82.6 Fracture of lateral malleolus  S82.7 Multiple fractures of lower leg  S82.8 Fractures of other parts of lower leg  S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified  S92.0 Fracture of calcaneus  S92.1 Fracture of talus Astragalus  S92.2 Fracture of other tarsal bone(s)  S92.7 Multiple fractures of foot</p> <p><b>ICD9 :</b>  78.1 Application of external fixator device</p>
17	Fistula in ano	<p><b>ICD10 :</b>  K60.3 Anal fistula</p> <p><b>ICD9 :</b>  49.11 Anal fistulotomy  49.12 Anal fistulectomy</p>
18	Perirectal, Perianal abscess	<p><b>ICD10 :</b>  K61.0 Anal abscess  K61.1 Rectal abscess  K61.2 Anorectal abscess  K61.3 Ischiorectal abscess  K61.4 Intrasphincteric abscess</p> <p><b>ICD9 :</b>  49.01 Incision of perianal abscess  49.02 Other incision of perianal tissue</p>
19	Breast abscess	<b>ICD10 :</b>

		<p>N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth</p> <p><b>ICD9 :</b> 85.0 Mastotomy</p>
20	Vesicle stone	<p><b>ICD10 :</b> N21.0 Calculus in bladder</p> <p><b>ICD9 :</b> 57.0 Transurethral clearance of bladder</p>
21	Ureteric stone	<p><b>ICD10 :</b> N20.1 Calculus of ureter</p> <p><b>ICD9 :</b> 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis</p>
22	Urethral stone	<p><b>ICD10 :</b> N21.1 Calculus in urethra</p> <p><b>ICD9 :</b> 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy</p>
23	Urethral stricture	<p><b>ICD10 :</b> N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified</p> <p><b>ICD9 :</b> 58.5 Release of urethral stricture</p>
24	Anal fissure	<p><b>ICD10 :</b> K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified</p> <p><b>ICD9 :</b> 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy</p>



เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตราฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System		
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System		
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery		
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2563 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		ร้อยละ 20	ร้อยละ 40
			ร้อยละ 60
ปี 2564 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		ร้อยละ 20	ร้อยละ 40
			ร้อยละ 60
ปี 2565 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		ร้อยละ 20	ร้อยละ 40
			ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)		

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	-	ร้อยละ	NA	92.46	89.87 (ข้อมูล 9 เดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๑ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2917 8917 E-mail : kityimpan@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ 2. นพ.ทวิชัย วิชญ์โยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรศัพท์มือถือ : 081 967 4148 E-mail : taweechai1@hotmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑิกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรศัพท์มือถือ : 081 941 7746 E-mail : wibunphantha@yahoo.com โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com				

	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499 E-mail: eva634752@gmail.com
--	--	--

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	27. โครงการกัญชาทางการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	45. จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง				
คำนิยาม	คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการให้ผู้รับบริการที่มี ข้อบ่งชี้ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	12 เขต (อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง)	12 เขต (อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 2 แห่ง)	12 เขต (จังหวัดละ 1 แห่ง)	12 เขต (รพศ/รพท ทุกแห่ง)	12 เขต (รพศ/รพท และ M 2 ทุกแห่ง)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนไทย เป็นไปตามเป้าหมาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้ดำเนินการจัดตั้ง คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ แผนไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม C-MOPH				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม C-MOPH				
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	
วิธีการประเมินผล :	จากการลงข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH				

เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2560	2561	2562
	12 แห่ง	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 8296254 โทรสาร : 02-5901638 E-mail : kawalinc@gmail.com สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางยุภา คงกลิ่นสุนทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901648 โทรศัพท์มือถือ : 086 8297754 โทรสาร : : 02-5901638 E-mail : yupha22@ gmail.com สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข (นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข) โทรศัพท์มือถือ : 089 8296254 โทรสาร : 02-5901638 E-mail : kawalinc@gmail.com สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	<b>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care</b> 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2	<b>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</b> 2.1 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3	<b>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</b> 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ <b>หมายถึง</b> ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ( Referral System การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster <b>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ</b> 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 ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1

“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้

**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 (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 80	-	-

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	-	-

<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2</b></p> <p>2.1 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 45</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 45	-	-						
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
ร้อยละ 45	-	-											
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3</b></p> <p>3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 80	-	-	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 80	-	-
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
ร้อยละ 80	-	-											
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
ร้อยละ 80	-	-											
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>												
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1</p>												
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2</b></p>	<p>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>												
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</li> <li>2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</li> <li>3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT</li> </ol>												
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข</p>												



รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด			
รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง				
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2
A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน 2 ชม.	A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS $\leq 8$ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50
B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	B = จำนวน TEA unit ที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

<p><b>เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12</b></p> <p><b>ปี 2563 :</b></p>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 12%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 12%
<p><b>ปี 2564 :</b></p>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
<p><b>เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :</b></p> <p>1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p><b>ปี 2563 :</b></p>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80		อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

<p>1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</p> <p>ปี 2563 :</p>																			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	ร้อยละ 60		ร้อยละ 60																
<p><b>เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :</b></p> <p>2.1 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45</p>																			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	ไม่เกินร้อยละ 45		ไม่เกินร้อยละ 45																
<p><b>เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :</b></p> <p>3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <table border="1" data-bbox="276 924 1421 1039"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table> <p>3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <table border="1" data-bbox="276 1144 1421 1260"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80																
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบ รักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p> <p>2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> ส่วนกลาง</p> <p>3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p>																		

	3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต			
	3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ			
เอกสารสนับสนุน :	<a href="http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/">http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/</a> คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal SIMPLE			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2560	2561
		ร้อยละ	N/A	11.89
			2562	รอสรุป
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297 โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com กรมการแพทย์</p>			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>2. นายสโรช จินดาวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599 โทรสาร : 02-5901853 Email: maxjung_woo@hotmail.com กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>			

	<p>3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853</p> <p><b>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p> <p>4. นางสาวพิมลมาศ คุ่มชุ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 pepimolmas11@gmail.com</p> <p><b>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p> <p>5. นายอัครเดช เป็งจันตา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853</p> <p><b>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</b></p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829 E-mail : m.b.parichat@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702 Email: akaradhp@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b></p>	<p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p><b>โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</b></p> <p>2. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>k.yothasamutr@gmail.com</p> <p><b>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</b></p> <p>3. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297</p> <p><b>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</b></p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384 E-mail : teerachai.y@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail :</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com</p>

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</li> <li>2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>			

แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2563:					
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		
ปี 2564:					
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		
ปี 2565:					
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS</li> <li>รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐทุกแห่ง</li> <li>กรมการแพทย์ (สำนักวิชาการแพทย์ . MOPH ED Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจาก EMS	ครั้ง	98,732	111,256	54,628

	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการ ที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	521,422	404,902	242,683
	ร้อยละ	ร้อยละ	18.94	27.47	22.51
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า		ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600		โทรศัพท์มือถือ : 0890361669		
	โทรสาร : 02-8721603		E-mail : kamolthip.s@niems.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	2. นายสุวภัทร อภิญญานนท์		พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน		
(ระดับส่วนกลาง	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600		งานติดตามประเมินผล		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	โทรสาร : 02-8721603		โทรศัพท์มือถือ : 0818321669		
			E-mail : Suwapat.a@niems.go.th		
	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการวัดผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ											
คำนิยาม	<p>ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery</li> <li>1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง)</li> </ol> </li> <li>1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1.1. จัดให้มี Double door with access control</li> <li>2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)</li> <li>2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)</li> </ol> </li> <li>2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)</li> <li>2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC)</li> <li>2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแท็บ “ACCIDENT” ในระบบ ข้อมูล 43 แท็บ</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)</li> </ol> </li> </ol>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100									

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</li> <li>2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</li> <li>3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน</li> <li>4. บุคลากรมีความปลอดภัย</li> </ol>										
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน										
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4										
เกณฑ์การประเมิน											
ปี 2563 :											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 80
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 80							
ปี 2564 :											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 100
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
โรงพยาบาลศูนย์ (A 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 100							
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลศูนย์(A) มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด</li> <li>1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ</li> <li>1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</li> </ol>										

	<p><b>2 ชั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</b></p> <p>2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต</p> <p>2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put นำไปสู่การ พัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด /เขต</p> <p><b>ชั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</b></p> <p>3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มา เปรียบเทียบในระดับเขต และวางแผนสนับสนุนการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ</p>													
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน</p>													
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 70%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">2560</th> <th style="width: 20%;">2561</th> <th style="width: 20%;">2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NA</td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2560	2561	2562										
NA	ร้อยละ	NA	NA	NA										
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>กองบริหารการสาธารณสุข</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> <p>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>4. นางณัฐธิดา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> </td> </tr> </table>	<p>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>4. นางณัฐธิดา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com</p>											
<p>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>4. นางณัฐธิดา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com</p>													
<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p><b>กองบริหารการสาธารณสุข</b></p>													
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p><b>กองบริหารการสาธารณสุข</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> <p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643</p> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p> </td> </tr> </table>	<p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p>											
<p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643</p>	<p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p>													

	โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : kavalinc@hotmail.com
2. นางณัฐธินา รังสินธุ์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637		โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809
โทรสาร : 02-590-1631		E-mail : nuttina24@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการวัดผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง											
คำนิยาม	<p>การคัดแยกผู้ป่วย</p> <p>ระดับ 1 (สีแดง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที (resuscitation)</p> <p>ระดับ 2 (สีชมพู คือ ผู้ป่วยที่มี ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (emergency)</p> <p>ระดับ 3 (สีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะ เจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และอวัยวะ (urgent)</p> <p>ระดับ 4 (สีเขียว คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย เร่งด่วนทั่วไป (less - urgent)</p> <p>ระดับ 5 (สีขาว คือ ผู้ป่วย ที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัดห้องฉุกเฉิน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน											
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2562											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2563											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B) \times 100/A$											
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 2, 3, 4											



	4. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	29.โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	50. ร้อยละของจังหวัดเป้าหมายที่มีหน่วยบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะมีการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเลที่มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	-จังหวัดเป้าหมายที่มีหน่วยบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะ หมายถึง จังหวัดที่มีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีสภาพพื้นที่เป็นเกาะ ใน 11 จังหวัดของประเทศไทย -ระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเล รวมทั้งการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b> <p>การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทะเล ได้แก่</p> <p><b>ระดับ 1</b> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ</p> <p><b>ระดับ 2</b> หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอหรือจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะ จัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล</p> <p><b>ระดับ 3</b> จังหวัดเป้าหมายมีระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ หรือภัยจากกระแสน้ำดูด เป็นต้น</p> <p><b>ระดับ 4</b> จังหวัดเป้าหมายมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก , ทางน้ำ , ทางอากาศ</p> <p><b>ระดับ 5</b> จังหวัดเป้าหมายมีการจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุหมู่ , เรือล่ม , ภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม , การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS</p>	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเลให้ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มจังหวัดเป้าหมาย 11 จังหวัด (ตามรายชื่อที่แนบ ที่มีหน่วยบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาล (รพท. /รพช.</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.</li> <li>3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ในจังหวัด</li> </ol>



	<p><b>หมายเหตุ</b> การประเมินผลการจัดระบบบริการฯ เฉพาะอำเภอที่มีพื้นที่เป็นเกาะ เช่น จังหวัด A มี 6 อำเภอ แต่มี 2 อำเภอที่มีพื้นที่เกาะ จะประเมิน 2 อำเภอ เท่านั้น</p>												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>รวบรวม ข้อมูล และ วิเคราะห์ ผลจากรายงานจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัด (เป็นรายไตรมาส)</li> </ul>												
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลจากแบบฟอร์มการรายงานผลของจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัด ของกองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ ( 5 ระดับ)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย ตามเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2563												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ 2563 ประเมินผลรอบ 6,9 และ 12 เดือน												
เกณฑ์การประเมิน ปี 2563 -2565	<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>เชิงปริมาณ</b> จังหวัดเป้าหมาย 11 จังหวัด</td> <td>3 จังหวัด</td> <td>7 จังหวัด</td> <td>11 จังหวัด</td> </tr> <tr> <td><b>เชิงคุณภาพ</b> (ตัวเลข สะสม ร้อยละของจังหวัดเป้าหมาย มีการดำเนินการครบ 5 ระดับ</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	<b>เชิงปริมาณ</b> จังหวัดเป้าหมาย 11 จังหวัด	3 จังหวัด	7 จังหวัด	11 จังหวัด	<b>เชิงคุณภาพ</b> (ตัวเลข สะสม ร้อยละของจังหวัดเป้าหมาย มีการดำเนินการครบ 5 ระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565										
<b>เชิงปริมาณ</b> จังหวัดเป้าหมาย 11 จังหวัด	3 จังหวัด	7 จังหวัด	11 จังหวัด										
<b>เชิงคุณภาพ</b> (ตัวเลข สะสม ร้อยละของจังหวัดเป้าหมาย มีการดำเนินการครบ 5 ระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100										
วิธีการประเมินผล:	<ol style="list-style-type: none"> <li>เก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มการรายงานผลของจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัด ของกองบริหารการสาธารณสุข</li> <li>เก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ กำกับติดตาม ตามมติคณะกรรมการ</li> </ol>												
วิธีการประเมินผล: เอกสารสนับสนุน :	<p><b>เงื่อนไข :</b> การตรวจสอบเอกสารหลักฐานความสำเร็จจาก</p> <p><b>ระดับ 1.</b> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการฯ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ</p> <p><b>ระดับ 2.</b> มีแผนงาน/โครงการ หรือ เอกสารการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล .ในระดับจังหวัด/อำเภอ</p> <p><b>ระดับ 3.</b> มีแผนงาน/โครงการ หรือ เอกสาร การจัดระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ หรือภัยจากกระแสน้ำดูด เป็นต้น</p> <p><b>ระดับ 4.</b> มีแผนงาน/โครงการ หรือ เอกสารการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก , ทางน้ำ , ทางอากาศ</p>												

	ระดับ 5 มีแผนงาน/โครงการ หรือ เอกสาร การจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุน้ำท่วม , เรือล่ม , ภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม , การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2559	2560	2561	2562
	เชิงปริมาณ		จังหวัด	0	0	0	0
	จังหวัดเป้าหมาย 11 จังหวัด						
เชิงคุณภาพ (ตัวเลข สะสม ร้อยละของจังหวัดเป้าหมาย มีการดำเนินการครบ 5 ระดับ		ร้อยละ	0	0	0	0	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวอรธราพรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com				
2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ กองบริหารการสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755		ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : -				
2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com					
3. นางสาวอรธราพรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com					

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	30. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย
คำนิยาม	<p>รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย หมายถึง รายได้มวบรวมที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยรายได้ที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมพัฒนาบริการและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ใน 4 ผลผลิตหลัก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 บริการรักษาพยาบาล ( Medical Service)</li> <li>2 บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness</li> <li>3 ศูนย์วิชาการทางการแพทย์ (Academic</li> <li>4 ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product</li> </ol> <p>ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub (พ.ศ. 2560 - 2569) ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559</p> <p>รายได้จากการแพทย์แผนไทย หมายถึง รายได้ที่เกิดจากการขับเคลื่อนสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ การนวดไทยเพื่อสร้างอาชีพและรายได้ และกัญชา กัญชง กระท่อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p><b>เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 กำหนดมาตรการความสำเร็จ (Small Success</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้มีขีดความสามารถในการแข่งขัน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 บริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet ได้แก่ ด้านบริการรักษาพยาบาล/ Wellness/Beauty</li> <li>1.2 บริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพ ได้แก่ Medical Spa/น้ำพุร้อน/สปาเพื่อสุขภาพ/นวดเพื่อสุขภาพ</li> </ol> </li> <li>2. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดเมืองสมุนไพร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และการแพทย์แผนไทยในพื้นที่เป้าหมาย</li> <li>3. พัฒนารฐานข้อมูลใน 4 ผลผลิตหลักเพื่อรองรับนโยบาย Medical Hub</li> </ol>

	<p>4. ปรับปรุงมาตรการกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub</p> <p>5. พัฒนาศูนย์สุขภาพครบวงจรของกลุ่มจังหวัดเมืองสมุนไพรเชียงใหม่เมืองท่องเที่ยวและพัฒนาต้นแบบศูนย์สุขภาพดีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p> <p>6. ส่งเสริมการลงทุน (BOI) และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก EEC ให้กับธุรกิจบริการสุขภาพและบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>7. ส่งเสริมการจัดประชุมวิชาการทางการแพทย์ระดับนานาชาติ (Medical MICE)</p> <p>8. จัดทำ Business Matching และ ประชาสัมพันธ์นโยบาย Medical Hub ผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>8.1 จัดทำ Business Matching กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นตลาดหลักและตลาดรอง</p> <p>8.2 จัดทำแพคเกจสุขภาพ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน Magnet มีศักยภาพสูง</p> <p>8.3 การจัด Trade Show/Road Show ประชาสัมพันธ์ความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ในประเทศและต่างประเทศ</p> <p>8.4 ประชาสัมพันธ์บนสายการบินที่บินตรงสู่ประเทศไทย/Website/Social Media</p> <p>8.5 กำหนดให้มีทูตสาธารณสุขในประเทศเป้าหมาย</p> <p>9. สถานประกอบการมีรูปแบบและแนวทางการจัดบริการศูนย์สุขภาพดีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีความปลอดภัยและได้มาตรฐาน</p>
--	--

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5

ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย ข้อมูลที่รวบรวมโดย Global Wellness Institute ในปี 2564

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>เพื่อส่งเสริมพัฒนาสถาน พยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้มีคุณภาพและมาตรฐานสู่สากลและมีขีดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย จนสามารถสร้างรายได้สู่ประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน และยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560 - 2569 ดังนี้</p>
---------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งเสริมและพัฒนาสถาน พยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้มีคุณภาพและมาตรฐานสู่สากลรองรับผู้รับบริการชาวไทยและชาวต่างชาติ</li> <li>2. กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมให้เกิดรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย</li> <li>3. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดเมืองสมุนไพรแบบครบวงจร</li> <li>4. ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ให้เกิดการลงทุนด้านธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทย ตลอดจนการขยายตลาดการบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย และการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจบริการสุขภาพในระดับสากล</li> <li>5. บูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน</li> </ol>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชาวต่างชาติที่รับบริการสุขภาพในสถานพยาบาล /สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และผู้ซื้อหรือใช้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยในประเทศไทย</li> <li>- ผู้เดินทางเข้าร่วมประชุมวิชาการทางการแพทย์นานาชาติในประเทศไทย</li> </ul> <p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 10 แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จังหวัดเมืองสมุนไพรเป้าหมาย 14 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย พิชณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม ปราจีนบุรี จันทบุรี มหาสารคาม สกลนคร สุรินทร์ อำนาจเจริญ สุราษฎร์ธานี สงขลา และอุดรธานี</li> <li>- จังหวัดเป้าหมายเพื่อพัฒนาต้นแบบศูนย์สุขภาพดีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย พิชณุโลก อุดรธานี ปราจีนบุรี สุราษฎร์ธานี สงขลา กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี ภูเก็ต และ อุบลราชธานี และกลุ่มจังหวัด EEC/SEC</li> <li>- กระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ได้แก่ กษ, อก, พณ, อว, มท, ดศ, กก, กต, ทส, สธ ร่วมกับสภาวิชาชีพและเอกชน สภาหอการค้าไทย และสภาอุตสาหกรรม</li> </ul>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. รายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน</li> <li>3. รายงานจาก Global Wellness Institute (ปี 2562 – 2563)</li> <li>4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลกลางและแหล่งข้อมูลประกอบ</li> </ol>

แหล่งข้อมูล	<p><b>ส่วนกลาง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Global Wellness Institute (เนื่องจากเป็นข้อมูลระดับนานาชาติ รายงานจะมีระยะเวลา 1 ปีปฏิทิน (1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2563)</li> <li>2. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</li> <li>3. สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์กรมมหาชน (สสปน.</li> <li>4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - ข้อมูลจากการสำรวจมูลค่ามวลรวมในเมืองสมุนไพร และเมืองที่ได้รับการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ - ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน</li> <li>5. รายงาน Demand Side จากการสำรวจข้อมูล</li> <li>6. การเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) และ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC)</li> <li>7. ศูนย์วิจัยที่เกี่ยวข้อง</li> </ol> <p><b>ส่วนภูมิภาค</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบรายงานตามกฎหมาย <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ. 23 ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ,ฉบับที่ 2 พ.ศ.2547, ฉบับที่ 3 พ.ศ.2555, ฉบับที่ 4 พ.ศ.2559</li> <li>1.2 รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.24 ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ,ฉบับที่ 2 พ.ศ.2547, ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2555, ฉบับที่ 4 พ.ศ.2559</li> <li>1.3 รายงานประจำปีของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 2</li> </ol> </li> <li>2. รายงานจากระบบ Hospital Information System (HIS) และศูนย์ข้อมูล (Health Data Center : HDC ของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>3. แบบรายงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ในปี 2563 ของประเทศไทย (1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2563 จาก Global Wellness Institute

รายการข้อมูล 2	B = รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ในปี 2562 ของประเทศไทย (1 มกราคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562 จาก Global Wellness Institute)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A - B)}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน 1. เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มาตรการความสำเร็จ (Small Success) 2. รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย (1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2563) (การเก็บข้อมูล/ประเมินผล/รายงาน ตามปฏิทิน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น 50% (baseline ปี 62 พัฒนาระดับแล้ว 350 คน ทั้งนี้มีผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานประกอบการนวดไทย	- มีตำรับยาแผนไทยสำหรับประชาชน 30 ตำรับ - บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น 80%	- มีผลิตภัณฑ์กัญชา (Cannabis, Hamp) เชิงนวัตกรรมต้นแบบ 2 ผลิตภัณฑ์ - มี big data และ แอปพลิเคชันด้านการนวดไทย 1 ระบบ	- มีฐานข้อมูลใน 4 ผลผลิตหลัก ตามนโยบาย Medical Hub จำนวน 1 ฐาน - มีตำรับยาแผนไทยสำหรับประชาชนเพิ่มเป็น 100 ตำรับ

<p>จำนวน 104,023 คน</p> <p>ข้อมูล ณ ก.ย. 2561)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรฐานขนาดไทยได้รับการยกระดับให้เป็นที่ยอมรับ 4 รูปแบบ</li> <li>- มีรายการผลิตภัณฑ์/ยาที่ได้รับการรับรองให้สามารถผลิตและจำหน่ายได้โดยไม่ต้องขออนุญาตขึ้นทะเบียน (Positive list) 30 รายการ</li> <li>- มีการพัฒนารูปแบบบริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet ในสถานพยาบาลที่ผ่าน JCI (70 แห่ง และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชั้นนำ</li> <li>- การปรับปรุงมาตรการกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub จำนวน 2 ฉบับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมืองสมุนไพร 14 ได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับเศรษฐกิจในชุมชน รองรับ การเกษตร อุตสาหกรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชนปลูกกัญชา (Cannabis, Hemp) 100 ไร่</li> <li>- มีการพัฒนา Magnet ใหม่ได้แก่ Ficision Medicine จำนวน 3 - 5 แห่ง</li> <li>- มีการปรับปรุงมาตรการกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub จำนวน 3 ฉบับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีศูนย์สุขภาพครบวงจรของจังหวัดเมืองสมุนไพร เชื่อมโยงเมืองท่องเที่ยว และศูนย์สุขภาพดีทางการแพทย์แผนไทยฯ 10 จังหวัด</li> <li>- มีการทำ Business Matching ระหว่างสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของไทยในประเทศ และต่างประเทศ จำนวน 10 แห่ง</li> <li>- เผยแพร่และประชาสัมพันธ์นโยบาย Medical Hub ในต่างประเทศ จำนวน 1 ครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลิตภัณฑ์ต้นแบบของตำรับยาแผนไทย 10 ผลิตภัณฑ์</li> <li>- อัตราเพิ่มของมูลค่าการบริโภคสมุนไพรในประเทศเพิ่มขึ้น 1 เท่าตัว คือ 12,000 ล้านบาท (Baseline ค่าเฉลี่ยของอัตราเพิ่มของมูลค่าการบริโภคสมุนไพร ปี 60-61: 6,000 ล้านบาท</li> <li>- คนไทยมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการประกอบอาชีพขนาด ไทย 540 ล้านบาท</li> <li>- รายได้ของประเทศจากการพัฒนากัญชาทางการแพทย์แผนไทย 80 ล้านบาท</li> <li>- รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</li> </ul>
---	---	---	---

**หมายเหตุ :** Baseline Data ปี 2561 มูลค่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นจากฐานเดิมร้อยละ 6.02 คิดเป็นมูลค่าจำนวน 1,510 ล้านบาท (ข้อมูลจากเดือนตุลาคม 2560 - เมษายน 2561 โดยมีกิจกรรมที่สร้างมูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่องเที่ยวพร้อมตรวจสุขภาพหรือศัลยกรรมเสริมสวย จำนวน 35,721.86 บาท ต่อคนต่อทริป

\*\* ข้อมูลจากศูนย์วิจัยด้านตลาดการท่องเที่ยว (TAT Intelligence Center) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา



โดยตัวชี้วัด : Baseline Data ปี 2562 (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 รายงานจะออก ณ 1 มกราคม 2563

ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 5 จะประเมินผลได้ ณ 1 มกราคม 2564 (การเก็บข้อมูล/ประเมินผล ตามปีปฏิทิน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 5

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล :

ประเมินผลจากความสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (Small Success ตามมาตรการ ได้แก่

1. ภายใต้มาตรการตามนโยบาย Medical Hub
2. ภายใต้มาตรการตามเมืองสมุนไพร
3. การสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. การตรวจราชการและนิเทศงาน
5. รวบรวม/วิเคราะห์/ประเมินผลข้อมูลจาก Global Wellness Institute
6. รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลกลางและแหล่งข้อมูลประกอบต่างๆ เช่น ข้อมูลจากรายงาน

บทวิเคราะห์ข้อมูลโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา/ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย/ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจธนาคารไทยพาณิชย์/สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย/สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย/สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน) (สสปน. รวมทั้งแหล่งข้อมูลด้าน Medical Hub จากหน่วยงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยการเก็บข้อมูล/ประเมินผล/รายงาน ตามปีปฏิทิน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563

7. เปรียบเทียบมูลค่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกับปี 2561 เพื่อหา Baseline data ในปีถัดไป

เอกสารสนับสนุน :

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ
2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564

	<p>3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560 - 2569)</p> <p>4. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564</p> <p>5. คู่มือยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>6. พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน</p> <p>7. พระราชบัญญัติเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน</p> <p>8. พระราชบัญญัติเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก</p> <p>9. เอกสารราชการ / เอกสารรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด / Website จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p>- Baseline Data ปี 2561 มูลค่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นจากฐานเดิมร้อยละ 6.02 คิดเป็นมูลค่าจำนวน 1,510 ล้านบาท (ฐานเดิมในปี 2559 มีมูลค่าทั้งสิ้น 25,090 ล้านบาท โดยมีกิจกรรมที่สร้างมูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่องเที่ยวพร้อมตรวจสุขภาพหรือศัลยกรรมเสริมสวย จำนวน 35,721.86 บาท ต่อคนต่อทริป</p> <p>** ข้อมูลจากศูนย์วิจัยด้านตลาดการท่องเที่ยว (TAT Intelligence Center) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</p>
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>1. นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2193 7000 ต่อ 18404 E-mail : saowapaj@gmail.com <b>กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b></p> <p>2. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทร. 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ : 086 9277971 E-mail : mai111p@hotmail.com <b>กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b></p> <p>3. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5648 โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 โทรสาร : - E-mail : khwancha@health.moph.go.th <b>สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p> <p>4. นางมณฑกา อีรัชัยสกุล ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5609 โทรศัพท์มือถือ : 090-9194391 โทรสาร : - E-mail : th.herbalcity@gmail.com <b>กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b></p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791</p>

	โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com <b>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองวิชาการและแผนงาน</b>
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง</b>	กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18605 E-mail : planhss.hss@gmail.com
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18605 E-mail : planhss.hss@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	31. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	52. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมี โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมี กระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่ เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับ สถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมี 5 องค์ประกอบดังนี้</p> <p>1. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ครอบคลุม 2 ประเด็น คือ</p> <p>1.1 การวางแผนการผลิต หมายถึง การวางแผนความต้องการบุคลากรในสายงานที่ มีความขาดแคลนของเขตสุขภาพ</p> <p>1.2 การพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนา บุคลากร ทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพใน ระยะ 5 ปี ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มสายวิชาชีพ 3 กลุ่มวิชาชีพ ดังนี้</p> <p>1.2.1 สายวิชาชีพหลัก มี 9 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1 แพทย์ 2 ทันตแพทย์/นักวิชาการ สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3 เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัช กรรม 4 พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค 5 นักกายภาพบำบัด 6 นักรังสีการแพทย์/เจ้า พนักงานรังสีการแพทย์ 7 นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์ 8 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิวิทยา/เซลล์วิทยา 9 นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข</p> <p>1.2.2 สายวิชาชีพเฉพาะมี 4 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1 นักกายอุปกรณ์/ช่างกาย อุปกรณ์ 2 แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท 3 นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ/เจ้าพนักงานเวชสถิติ 4 นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ</p> <p>1.2.3 สายสหวิชาชีพ มี 6 กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ 1 ช่างทันตกรรม 2 นัก กิจกรรมบำบัด/นักอาชีพบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด 3 นักจิตวิทยา/จิตวิทยาคลินิก 4</p>

นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 5 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 6 นักปฏิบัติงานฉุกเฉิน การแพทย์/เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (ยกเว้นสายงานที่ไม่ผลิตในทุกสถาบันหลัก และ/หรือไม่มีในหน่วยงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการโสตทัศนศึกษา/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ช่างภาพการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล

**2. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

**3. การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

**4. การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องและตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

**4.1 ผลการดำเนินการตามแผนความต้องการบุคลากร** หมายถึง ร้อยละของบุคลากรที่ได้ตามแผนความต้องการกำลังคน

**4.2 ผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาคคน** หมายถึง ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ

**5. การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพ ด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาคบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม โดยวัดจากสัดส่วนของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน

**เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด** หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด				
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
1. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1. กระบวนการจัดทำแผน 1.1 แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต โดยมี ความครอบคลุม บุคลากร สาธารณสุขกลุ่ม สายวิชาชีพ 1.2 แผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพและ สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี	1. มีแผนความต้องการกำลังคน ในสายงานที่มีความขาดแคลนของเขตสุขภาพ 2. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 1 ที่ระดับ คะแนน 3 <sup>*1</sup>	<sup>*1</sup> <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน (ทั้งจำนวน และศักยภาพ เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม สาขา <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 2 กลุ่มสาขา <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุม 1 กลุ่มสาขา
2. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	1. ความร่วมมือระหว่างสถาบัน การผลิตและ พัฒนาและเขต สุขภาพ 2. การบูรณาการ การใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ ร่วมกันของ Stakeholder ใน เขตสุขภาพ	มีเอกสารหลักฐาน ที่แสดงถึงการ สร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและ พัฒนากำลังคน ของสถาบันการ ผลิตและพัฒนา กำลังคน	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ ประกอบที่ 2 ที่ระดับ คะแนน 3 <sup>*2</sup>	<sup>*2</sup> <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง มีการสร้าง ความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง มีการสร้าง ความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและ

					พัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 แห่ง <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง
	<b>3. การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน</b>	1. การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่ายงบประมาณ (งบอุดหนุน Service Plan ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 3 ที่ระดับคะแนน 3 <sup>*3</sup>	<sup>*3</sup> <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 100 ตามแผน <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 75 ตามแผน <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 50 ตามแผน
	<b>4. การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน</b>	1. ผลการดำเนินการตามแผนความต้องการและแผนพัฒนากำลังคน	1. ร้อยละของบุคลากรที่ได้ตามแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ 2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 4 ที่ระดับคะแนน 3 <sup>*4</sup>	<sup>*4</sup> <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 75 ของเป้าหมาย

					ระดับคะแนน 1 หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 50 ของเป้าหมาย
	5. การประเมินผล กระบวนการ การบริหารจัดการ การผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1. ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคน	มีเอกสารแผนปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 5 ที่ระดับคะแนน 3 <sup>*5</sup>	*5 <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง มีการจัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนาระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัดครบถ้วนตามที่กำหนด <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง มีการจัดทำรายงานผลการประเมินผลกระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง มีระบบการประเมินผลกระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด
เกณฑ์เป้าหมาย: เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายขององค์ประกอบที่ 1 - 5 ที่ระดับคะแนน 3					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจจากเขตสุขภาพการรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 เดือน (ไตรมาสที่ 2 / รอบ 12 เดือน (ไตรมาสที่ 4				
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ				







หมวด	ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)		
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
โครงการที่	32. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ		
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ		
คำนิยาม	<p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในส่วนภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้</p>		
	เขตสุขภาพ	จังหวัด	
	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
	2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท
	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก
	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี
	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ
	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร
	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี
	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
<p>2. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา อำนวยรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <p>2.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ในที่นี้หมายถึง มีข้อมูลตำแหน่งว่าง มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง</p> <p>2.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</p>			

**1 ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด

**2 ตำแหน่งว่างเป้าหมาย** หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ เงื่อนไขบรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน เลื่อน ยุบรวม/ปรับปรุง รั้งย้าย ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ

**3 แผน บริหารตำแหน่งว่าง** หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมา ดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมาย เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรั้งย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น

**2.3 มีการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามแผน** หมายถึง การดำเนินการสรรหา คัดเลือก รวมทั้งการบริหารจัดการตำแหน่ง เช่น คัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรั้งย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ ฯลฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

**2.4 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด ในที่นี้หมายถึง ตำแหน่งว่างเป้าหมายของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 ในไตรมาสที่ 4 เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการ ที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล**

**3. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การดำเนินการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด เทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด มีสัดส่วนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 11 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งว่างและการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ HROPS 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผล)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผล)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 6	-	≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ 11 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	-	≥ 11 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3





หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	54. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งสาระห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย (1 ปลูก/ปลุกจิตสำนึก (2 ป้องกัน (3 ปราบปราม และ (4 เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน					
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99



วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 2563</p> <p>2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>3. เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน</li> <li>2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน</li> <li>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน</li> </ol> <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT จำนวน 26 ข้อ (EB 1–EB 26 เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ตามความเป็นจริง และให้คะแนนการประเมิน ฯ ตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี</p> <p>กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="528 1339 1428 1541"> <thead> <tr> <th>ไตรมาสที่ 1</th> <th>ไตรมาสที่ 2</th> <th>ไตรมาสที่ 3</th> <th>ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้นของความสำเร็ (5 ระดับ)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้นของความสำเร็ (5 ระดับ)	80	85	90
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4						
ระดับขั้นของความสำเร็ (5 ระดับ)	80	85	90						
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใ ตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี ไตรมาส								

ที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี

**เกณฑ์การประเมิน :**

**ปี 2561:**

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

**ปี 2562:**

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

**ปี 2563:**

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

**ปี 2564:**

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

**ปี 2565:**

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB4	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26
Small Success : ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็น	ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26 ในไตรมาสที่ 2	ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26 ในไตรมาสที่ 3	ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26 ในไตรมาสที่ 4

<p>การจัดซื้อจัดจ้าง เท่านั้น (EB 1- EB 4 ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี</p>	<p>เดือนมีนาคมของทุกปี</p>	<p>เดือนมิถุนายนของทุกปี</p>	<p>เดือนกันยายนของทุกปี</p>																															
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence-Based ประเมินตนเอง ในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้</p> <p><b>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี</b></p> <p><b>Small Success :</b> ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1-EB 4 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้ คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 913 1386 1014"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>1 ข้อ (EB</td> <td>2 ข้อ (EB</td> <td>3 ข้อ (EB</td> <td>-</td> <td>4 ข้อ (EB</td> </tr> </table> <p><b>ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone ดังนี้</b></p> <table border="1" data-bbox="584 1111 1394 1597"> <thead> <tr> <th>ระดับ คะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี</b> ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 1933 1386 2024"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>				ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1 ข้อ (EB	2 ข้อ (EB	3 ข้อ (EB	-	4 ข้อ (EB	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4	2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4	3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4	5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																														
1 ข้อ (EB	2 ข้อ (EB	3 ข้อ (EB	-	4 ข้อ (EB																														
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4																																	
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4																																	
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4																																	
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4																																	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																														
-	-	80	85	90																														

	<p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 432 1386 533"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 770 1386 871"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
-	-	80	85	90																	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
-	-	80	85	90																	
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.</p>																				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="528 1064 1452 1406"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td> <td>ร้อยละ</td> <td>84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน</td> <td>95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน</td> <td>96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน	96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน							
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
		2560	2561	2562																	
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน	96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน																	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต												
ชื่อตัวชี้วัด	55. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กองส่วนกลาง จำนวน 13 กอง</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง</li> </ol> <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA ประกอบด้วย 1 ลักษณะสำคัญขององค์กร 2 เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี</li> <li>2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด และคงรักษาสภาพ (Maintain หมวดที่ดำเนินการไปแล้ว</li> </ol> <table border="1" data-bbox="734 1419 1263 1703"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI ที่ได้จากการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self Assessment เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน</li> </ol>	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

	<p>4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ</p> <p>5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI (Opportunity for Improvement) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)</p> <p>6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ</p> <p>7. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>8. ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ</p>																														
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>1. กongs่วนกลาง</p> <table border="1" data-bbox="505 856 1398 989"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</td> </tr> </table> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <table border="1" data-bbox="505 1045 1398 1178"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</td> </tr> </table> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1" data-bbox="505 1234 1398 1356"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																											
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)																											
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																											
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)																											
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																											
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)																											
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																														
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>1. กongs่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>																														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินเป็นรายไตรมาส (รอบ 3 ,6, 9 และ 12 เดือน กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	1. กองส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่วนราชการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายรายงานผ่านระบบ Online ที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกองส่วนกลางทั้งหมด		
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด		
รายการข้อมูล 5	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 6	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 1 และหมวด 5 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด 3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 1 และหมวด 5 หมวดละ 1	1.ผลการดำเนินงาน 6 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1 และหมวด 5 2.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 1 และหมวด 5	1.ผลการดำเนินงาน 6 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1 และหมวด 5 2.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 1 และหมวด 5	1.ร้อยละของกองส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60 2.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60 3.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20

<p>แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์กรหมวด 1 และหมวด 5 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>			
<p>ปี 2562 :</p>			
<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 และหมวด 4 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 2 และหมวด 4 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์กรหมวด 2 และหมวด 4 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1.ผลการดำเนินงาน 6 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์กรของหมวด 2 และหมวด 4</p> <p>2.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 2 และหมวด 4</p>	<p>1.ผลการดำเนินงาน 9 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์กรของหมวด 2 และหมวด 4</p> <p>2.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 9 เดือนของหมวด 2 และหมวด 4</p>	<p>1.ร้อยละของกองส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40</p>



ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 3 และหมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 และหมวด 6 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 และหมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 6 เดือน เทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 3 แลพหมวด 6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 3 และหมวด 6</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 9 เดือน เทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 3 และหมวด 6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 9 เดือนของหมวด 3 และหมวด 6</p>	<p>1. ร้อยละของกอง ส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90</p> <p>2. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90</p> <p>3. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 1- 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 6 เดือน เทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1-6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 1-6</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 9 เดือน เทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1-6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 9 เดือนของหมวด 1-6</p>	<p>1. ร้อยละของกอง ส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 95</p> <p>2. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 95</p>

<p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 1- 6 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การหมวด 1- 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>			<p>3. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 95</p>
---	--	--	--

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 1- 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 1- 6 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การหมวด 1- 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 6 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1-6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 6 เดือนของหมวด 1-6</p>	<p>1. ผลการดำเนินงาน 9 เดือนเทียบกับแผนพัฒนาองค์การของหมวด 1-6</p> <p>2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัด 9 เดือนของหมวด 1-6</p>	<p>1. ร้อยละของกองส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100</p> <p>2. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100</p> <p>3. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100</p>

เงื่อนไข: -

วิธีการประเมินผล :	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
	1	ส่วนราชการจัดทำ/ทบทวน ลักษณะสำคัญขององค์การได้ครบถ้วน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด			
	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
2	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment เทียบกับเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด				
		พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		
			0.50 คะแนน	1 คะแนน	
		2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	
		2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด	
3	ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด				
		พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		
			0.50 คะแนน	1 คะแนน	
		2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด	
		2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด	
4	จัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด				
		พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		
			0.50 คะแนน	1 คะแนน	
		2561-2563	1 หมวด	2 หมวด	
		2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด	
5	ร้อยละของส่วนราชการที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามขั้นตอนการดำเนินงานที่ 1-4 - หน่วยงานส่งทันเวลาที่กำหนด				
ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน				
	- 0.50 คะแนน		1 คะแนน		
รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 ม.ค.63		ส่งภายในวันที่ 10 ม.ค.63		
รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 เม.ย.63		ส่งภายในวันที่ 10 เม.ย.63		
รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 ก.ค.63		ส่งภายในวันที่ 10 ก.ค.63		
รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย.63		ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.63		
เกณฑ์การให้คะแนน					
<u>ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน</u>					
4					

1. กองส่วนกลาง

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2562	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2563	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
2564	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
2565	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

2561-2562 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2563-2565 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
2562	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2563	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
2564	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
2565	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

2561-2562 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2563-2565 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
2563	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
2564	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
2565	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

2561-2562 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2563-2565 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

**สูตรร้อยละดังนี้**

ระดับคะแนนที่ 1+ระดับคะแนนที่ 2+ระดับคะแนนที่ 3+ระดับคะแนนที่ 4+ระดับคะแนนที่ 5 X100

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <a href="http://www.opdc.go.th/">http://www.opdc.go.th/</a>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกอง ส่วนกลางผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	64.83 (8 กอง)	100 (13 กอง)
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	94.74 (72 แห่ง)	100 (76 แห่ง)
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	63.21 (555 แห่ง)	96.81 (850 แห่ง)
	หมายเหตุ : ผลการดำเนินงานปี 2562 ข้อมูล ณ 2 กรกฎาคม 2562 (รอบ 9 เดือน)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406</li> <li>น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406</li> <li>นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406</li> <li>น.ส.กฤติกา ทริย์มาดิพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406</li> </ol>		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oeysuwanna@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนโทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: lkung1038@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนโทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail: a.deethongon@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 E-mail: trekrittka@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

<p>ผู้รับผิดชอบการกร รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภารวี แก้วพินนา โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079 โทรสาร: 02-5901406</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ ที่ทำงาน: 02-5901018 E-mail: Paravee.kpr@gmail.com</p>
--	---	--

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	56. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 116 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 743 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กรกฎาคม 2562</li> </ul> <p>HA (Hospital Accreditation หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ. โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง</li> <li>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2</li> <li>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul>

**เกณฑ์เป้าหมาย**

รายละเอียด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				
แหล่งข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 116 แห่ง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง				
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit				
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 743 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กรกฎาคม 2562				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B \times 100)$ 2. $(C/D \times 100)$ 3. $(E/F \times 100)$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)				



**เกณฑ์การประเมิน**

ปี 2563 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

**วิธีการประเมินผล:**

- ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th) /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชนใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 86.00	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

	<p><b>เงื่อนไข :</b></p> <p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 116 แห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง</li> <li>- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง</li> </ul> <p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน และเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)</p> <p>3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 743 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 กรกฎาคม 2562 (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี</p> <p>4. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>5. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน</p>
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</li> </ul>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	2562
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 96.36	ร้อยละ 83.64	ร้อยละ 98.78	ร้อยละ
	หมายเหตุ : ข้อมูลรวมรพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต					
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 69.49	ร้อยละ 62.31	ร้อยละ 85.75	ร้อยละ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<b>กองบริหารการสาธารณสุข</b> 1. นายแพทย์ธีระพงษ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802 ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com 4. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631 นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755 E-mail : w-wunchai@hotmail.com <b>กรมการแพทย์</b> 1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรสาร : 02 -591-8234 ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -					

	<p>2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรสาร : 02 -591-8234</p> <p>3 นางสาวกัลยณัฐ วงษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรสาร : 02-591-8234</p> <p><b>กรมควบคุมโรค</b></p> <p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268</p> <p>2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268</p> <p><b>กรมสุขภาพจิต</b></p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ สุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533</p> <p>2. น.ส.ชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8092 โทรสาร : 02-149-5533</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695 E-mail : trodjana@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : -</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 083-139-6730 E-mail : sidarama4@gmal.com</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
<p><b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร :</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</p> <p>3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com</p>

	<p>4. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631 กองบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755 E-mail : w-wunchai@hotmail.com</p>
--	--	---

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	57. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย</p> <p>1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคิมีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>

<b>เกณฑ์เป้าหมาย:</b>				
1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 75				
กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,551 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับห้าดาวในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 1,683 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับห้าดาว จำนวน 2,868 แห่ง			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ( <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> )			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ( <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> )			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสมปีงบประมาณ (2561 – 2563) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ใน ปีงบประมาณ 2563 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2563) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u> C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2563) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u>			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9,782 แห่ง) (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/D) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 3 – 4			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ เขต (ครู ก จำนวน 1 ครั้งต่อปี</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม ปี 2563</p> <p>4. รพ.สต. ประเมินตนเอง และบันทึกข้อมูลใน ระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (<a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a>)</p>	<p>1. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับจังหวัด (ครู ข อย่างน้อยเขตละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ครั้ง</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด 1 ทีม/ จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/ อำเภอ</p> <p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p> <p>4. สสอ./สศจ. ตรวจสอบ ข้อมูลการบันทึกการ ประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> เพื่อวาง แผนการพัฒนา</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) ได้รับการพัฒนา โดยทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอ/ระดับจังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมิน ระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมิน ระดับจังหวัด ประเมิน และรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการประเมิน ระดับเขต ประเมิน รับรองผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ภาพของจังหวัด</p> <p>5. สสอ./สศจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผล การประเมินมายังสำนัก สนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ (สสป. ผ่าน โปรแกรม <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a>)</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 75</p>



ปี 2564:							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
			1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 85 (สะสม)				
ปี 2565:							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 100 (สะสม)				
วิธีการประเมินผล:	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต						
เอกสารสนับสนุน:	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม ปี 2563)						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2559	2560	2561	2562	2563
	9,782 แห่ง	ร้อยละ	-	17.20 (1,683	50.85 (4,975	70.68 (6,914	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02-5901239 E-mail : swiriya04@yahoo.com 2. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 089-7110421 โทรสาร : 02-5901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th						
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ						

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ณภัทร สิริศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	โทรศัพท์มือถือ : 089-7110421 E-mail: nim.sittisak@hotmail.co.th
	2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239	โทรศัพท์มือถือ : 061-4177216 E-mail : auam2702@gmail.com
	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	35. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	58. จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข</p> <p><b>การสร้างสุขในองค์กร</b> หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการ คือ 1 คนทำงานมีความสุข ( Happy People การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมีอาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น 2 ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน และ 3 การทำงานเป็นทีม ( Happy Teamwork</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข</b> มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่</p> <p>หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>หมวดที่ 2 การบริหาร (ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน การจัดสวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร</p> <p>หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (การดูแลความสุขของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน</p> <p>หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน</p>

	<p>หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร</p> <p>(การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และ กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 10</li> </ul>	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 15</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 2 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 15</li> </ul>	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 20</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 3 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 20</li> </ul>

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer และสุขภาวะองค์กร(HPI มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

หน่วยงานเป้าหมาย

1. กรมวิชาการ
2. จังหวัด
  - สสจ.
  - รพศ.
  - รพท.
  - รพช.
  - สสอ. (รวม รพ.สต.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานเสนอให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) ระดับเขตสุขภาพ/กรม แจ้งผลการพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [spd.happymoph@gmail.com](mailto:spd.happymoph@gmail.com)

แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ประกาศผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านหน้าเว็บกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เมนู People Excellence		
กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนัก/กองในกรมวิชาการหรือสป.ส่วนกลางที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนัก/กองทั้งหมดในกรมวิชาการหรือสป.ส่วนกลางทั้งหมด		
รพศ./รพท./สสจ.			
รายการข้อมูล	A = รพศ./รพท./สสจ. (อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง)		
รพช./สสอ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพช./สสอ.ในจังหวัด ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข		
รายการข้อมูล 1	B = จำนวน รพช./สสอ.ทั้งหมดในจังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาทีมพี่เลี้ยง (MOPH Happy Coaching Team) 30 ทีม</li> </ul>		มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 10</li> </ul>
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 15</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 2 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 15</li> </ul>

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 20</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 3 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 20</li> </ul>

วิธีการประเมินผล :

เอกสารผลการพิจารณาผลการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน จาก คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) ระดับเขต สุขภาพ/กรม ที่จัดส่งมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [spd.happymoph@gmail.com](mailto:spd.happymoph@gmail.com) โดย

- กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด
- รพศ./รพท./สสจ. มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง
- รพช./สสอ. มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด

เอกสารสนับสนุน :

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข (อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำ จะแจ้งเวียนอีกครั้งภายใน มกราคม 2563

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2560	2561	2562
-	จำนวน	-	Bright Spot องค์กรแห่งความสุข 71 หน่วยงาน	Bright Spot องค์กรแห่งความสุข 85 หน่วยงาน



	<p>4. นางสาวรัชชก พิมพ์สะอาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : <a href="mailto:mook_0507@hotmail.com">mook_0507@hotmail.com</a> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--	--



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติ
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p><b>คุณภาพข้อมูล</b> หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (SEX)</li> <li>3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)</li> <li>4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</li> </ol> <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ไม่เป็นค่าว่าง</li> <li>1.2 ไม่เป็นเลข Generate</li> <li>1.3 ตรงตามหลัก Mod 11</li> </ol> </li> <li>2. ข้อมูลเพศ (SEX) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1</li> </ul> </li> <li>3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล</li> </ul> </li> <li>4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้</li> </ol> </li> </ol>

	<p>4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0</p> <p>4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง</p> <p>4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate</p> <p>4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11</p> <p>5. ข้อมูลข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</p> <p>5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนี้ๆ ( 16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)</p> <p>ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)</li> <li>2. ความสอดคล้อง (Consistency)</li> <li>3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)</li> <li>4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)</li> </ol>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="229 1144 475 1198">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="475 1144 721 1198">ปีงบประมาณ 64</th> <th data-bbox="721 1144 967 1198">ปีงบประมาณ 65</th> <th data-bbox="967 1144 1212 1198">ปีงบประมาณ 66</th> <th data-bbox="1212 1144 1458 1198">ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="229 1198 475 1256">ร้อยละ 80</td> <td data-bbox="475 1198 721 1256">ร้อยละ 85</td> <td data-bbox="721 1198 967 1256">ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="967 1198 1212 1256">ร้อยละ 95</td> <td data-bbox="1212 1198 1458 1256">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100							
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป</li> <li>2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ</li> </ol>										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>										
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC ของจังหวัด และ กระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>										

แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center : HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = $(A/B \times 100)$				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน				
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> ปี 2563 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด) - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ( <a href="http://spd.moph.go.th/healthdata/">http://spd.moph.go.th/healthdata/</a> ) 4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) ( <a href="http://spd.moph.go.th/healthdata/">http://spd.moph.go.th/healthdata/</a> )				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางภคพร สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497		เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ :		

	<p>โทรสาร : 02-591-8565                      E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง                      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565                      E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>ชื่อ-สกุล นางภคพร สังข์ทอง                      เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497                      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565                      E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง                      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565                      E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง                      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495, 1497      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-591-8565                      E-mail : duanpen@mophmail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>

## แนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัด

### ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

**คุณภาพข้อมูล** หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟิลด์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

- 1.) ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
- 2.) ความสอดคล้อง (Consistency)
- 3.) ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
- 4.) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

แสดงตามตารางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ดังนี้

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง				
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข			
2	เลขที่บัตรประชาชน (CID)	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชน สัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	ไม่เป็นค่าว่าง-ตรงตามหลัก Mod 11	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> CID <sub>1</sub> = ร้อยละข้อมูลที่ ไม่เป็นค่าว่างตามมิติ <i>ความถูกต้อง</i> A = ข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่าง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด	ตรงตามหลัก Mod 11 กรณีสัญชาติไทย	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรวจสอบจากข้อมูลประชากรสัญชาติไทย โดยมีการเงื่อนไข - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_2 = \frac{A}{B} \times 100$	จำนวนข้อมูลที่มีการรับ-ส่งระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)	ส่วนกลาง ประมวลผล เรื่องความ ทันเวลา ตาม HDC กระทรวง สาธารณสุข	

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง				
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข			
						<b>นิยามตัวแปร</b> CID <sub>2</sub> = ร้อยละข้อมูลที่ถูกตัดตามเกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID ตามมิติความสอดคล้อง) A = ข้อมูลที่ถูกตัดตามเกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID ตามมิติความสอดคล้อง) B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด			
9	เพศ (SEX)	1 = ชาย, 2 = หญิง	ตรงตามรหัสมาตรฐาน	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <b>สูตรคำนวณ</b> $SEX_1 = \frac{A}{B} \times 100$	รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน (ตรงตามตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ)) <b>สูตรคำนวณ</b> $SEX_2 = \frac{A}{B} \times 100$			

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
				<b>นิยามตัวแปร</b> SEX <sub>1</sub> = ร้อยละข้อมูลเพศ (SEX) ที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลเพศที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน B = ข้อมูล person ทั้งหมด		<b>นิยามตัวแปร</b> SEX <sub>2</sub> = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด		
10	วันเกิด (BIRTH)	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ <b>หมายเหตุ :</b> YYYY = ปี ค.ศ., MM = เดือน 2 หลัก	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการ เมื่อเทียบจากวันที่ 1 มกราคมของปี ต้องมีค่าอยู่ระหว่างติดลบ 1 และไม่เกิน 150 <b>สูตรคำนวณ</b> $BIRTH_1 = \frac{A}{B} \times 100$	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเลขบัตรประชาชน ต้องสอดคล้องกับวันเดือนปีเกิด - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน		



NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
		01-12, DD = วันที่ 2 หลัก 01-31 และสามารถคำนวณ เป็นวันที่ตามมาตรฐานได้		<p><b>นิยามตัวแปร</b></p> <p><math>BIRTH_1</math> = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH ตามมิติความถูกต้อง</p> <p>B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>		<p>ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527</p> <p>- เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527</p> <p>- เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0</p> <p><b>สูตรคำนวณ</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">BIRTH_2 = \frac{A}{B} \times 100</math> </div> <p><b>นิยามตัวแปร</b></p> <p><math>BIRTH_2</math> = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>B = ข้อมูลเพิ่ม person</p>		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						ที่เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1, 3		
15	สัญชาติ (NATION)	รหัสมาตรฐานตามกรมการ ปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> ตรงตามรหัสมาตรฐาน  <b>สูตรคำนวณ</b> $N_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <b>นิยามตัวแปร</b> N1 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย	<b>เกณฑ์การประเมิน</b> ประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตร ประชาชน - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <b>สูตรคำนวณ</b> $N_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <b>นิยามตัวแปร</b> N2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ ประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตาม มิติความสอดคล้อง		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสัญญาติ (NATION ตามมิติ <i>ความสอดคล้อง</i> B = ข้อมูล Person สัญชาติไทย ทั้งหมด		
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 = ไม่จำหน่าย <u>หมายเหตุ</u> : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่ายให้เป็น 9	ตรงตามรหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $D_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> D1 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสถานะ/สาเหตุการ	กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น - เชื่อมโยงโดยรหัสสถานบริการ (HOSPCODE และทะเบียนบุคคล (PID) <u>สูตรคำนวณ</u> $D_2 = \frac{A}{B} \times 100$		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
				<p>จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด</p>		<p><u>นิยามตัวแปร</u> D2 = ร้อยละข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์การ ประเมินของ สถานะ/สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมติ <i>ความสอดคล้อง</i></p> <p>A = ข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์ การประเมินของ สถานะ/ สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมติ <i>ความสอดคล้อง</i></p> <p>B = ข้อมูล Person ทั้งหมด</p>		

## ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ

1. **ความถูกต้องของข้อมูล** (Accuracy หมายถึง ขอบเขตที่ข้อมูล ทั้ง 5 필ด์ คือข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID , ข้อมูลเพศ (SEX , ข้อมูลสัญชาติ (NATION , ข้อมูลวันเกิด (BIRTH , และข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE ที่บันทึกตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม มีความถูกต้องเชื่อถือได้  
การคำนวณ: ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (5 필ด์ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_1 + SEX_1 + BIRTH_1 + N_1 + D_1}{5}$$

2. **ความสอดคล้อง** (Consistency หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด  
การคำนวณ: ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_2 + SEX_2 + BIRTH_2 + N_2 + D_2}{5}$$

3. **ความครบถ้วน สมบูรณ์** (Completeness หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS\_OPD ในระหว่างเวลา 3 ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด

การคำนวณ: ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย

$$= \frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ } HDC \text{ รับได้จากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIANOSIS\_OPD} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่มีการส่งออกจากหน่วยบริการ}}$$

4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness หมายถึง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ทันต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (เป็นไปตามเงื่อนไขการประมวลผลของ HDC โดยจะตรวจสอบข้อมูลการรับบริการของเดือนปัจจุบันภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป และจะต้องมีข้อมูลในวันราชการทุกวัน จากแฟ้ม SERVICE)

การคำนวณ: ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล

$$= \frac{\text{จำนวนเดือนที่มีการบันทึกและส่งออกข้อมูลได้ทัน} \times 100}{\text{จำนวนเดือนที่ต้องส่งข้อมูลทั้งหมด}}$$

## ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนี้ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

## เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ( $W_i$ )	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ( $M_i$ ))					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ( $W_i \times M_i$ )
			ไม่ผ่านร้อยละ 50 ( $< 94.99\%$ )	ร้อยละ 60 ( $95.00-95.99\%$ )	ร้อยละ 70 ( $96.00-96.99\%$ )	ร้อยละ 75 ( $97.00-98.99\%$ )	ร้อยละ 80 ( $99.00-100\%$ )	
<b>1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)</b>								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 ฟิลด์ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80	30							
<b>2.ความสอดคล้อง (Consistency)</b>								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80	25							
<b>3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)</b>								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่งระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย (ร้อยละ 80	30							

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ( $W_i$ )	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ( $M_i$ ))					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ( $W_i \times M_i$ )
			(ไม่ผ่านร้อยละ 50 ( $< 94.99\%$ )	ร้อยละ 60 ( $95.00-95.99\%$ )	ร้อยละ 70 ( $96.00-96.99\%$ )	ร้อยละ 75 ( $97.00-98.99\%$ )	ร้อยละ 80 ( $99.00-100\%$ )	
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15							
รวม ( $\sum W_i$ )	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ( $\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}$ )						

#### วิธีการคำนวณตาราง

1. ใช้ข้อมูลทั้ง 4 มิติจาก HDC Service [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2020](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2020)
2. ตารางสามารถนำมาใช้คำนวณผลงานของตัวชี้วัดได้ 2 แบบ คือ 2.1 การผ่านเกณฑ์ในแต่ละไตรมาส และ 2.2 การผ่านเกณฑ์ในแต่ละมิติ

#### หมายเหตุ

- W หมายถึง น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
- M หมายถึง คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
- i หมายถึง ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

#### ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ( $M_i$ ))

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 80



## ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ	ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

$$\text{ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} = \frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

**(ตัวอย่าง)** จังหวัดทดสอบ : ใช้ข้อมูลจาก HDC Service ทั้ง 4 มิติ นำมาคำนวณตามสูตร และเทียบบัญญัติไตรยางศ์ตามช่วงคะแนนเกณฑ์ตาม Template

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ( $W_i$ )	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ( $M_i$ ))					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางศ์ ( $M_i$ ))
			(ไม่ผ่าน ร้อยละ 50 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 75 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 80 (95.00-95.99%)	
<b>1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)</b>								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 พิลด์ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80	30	99.9508 <i>(จากHDC Service)</i>					80	$(30 \times 80) / 100 = 24$
<b>2.ความสอดคล้อง (Consistency)</b>								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80	25	99.3751 <i>(จากHDC Service)</i>					80	$(25 \times 80) / 100 = 20$
<b>3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)</b>								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย (ร้อยละ 80	30	97.6938 <i>(จากHDC Service)</i>				75		$(30 \times 75) / 100 = 22.5$
<b>4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless)</b>								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล (ร้อยละ 80	15	95.8333 <i>(จากHDC Service)</i>		60				$(15 \times 60) / 100 = 9.0$
<b>รวม (<math>\sum W_i</math>)</b>	100		<b>ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (<math>\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}</math>)</b>					<b>= 75.5</b>

## วิธีการคำนวณตาราง

3. ใช้ข้อมูลทั้ง 4 มิติจาก HDC Service [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2020](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2020)
4. ตารางสามารถนำมาใช้คำนวณผลงานของตัวชี้วัดได้ 2 แบบ คือ 2.1.การผ่านเกณฑ์ตามไตรมาส 2.2.การผ่านเกณฑ์ในแต่ละมิติ

## หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

## ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ( M<sub>i</sub>

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ	50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ	60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ	70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ	75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ	80

## ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง “ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1”
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง “ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2”
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง “ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3”
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง “ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4”

$$\text{ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} = \frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

## (ตัวอย่าง) วิธีการอ่านค่าตาราง จังหวัดทดสอบ ดังนี้

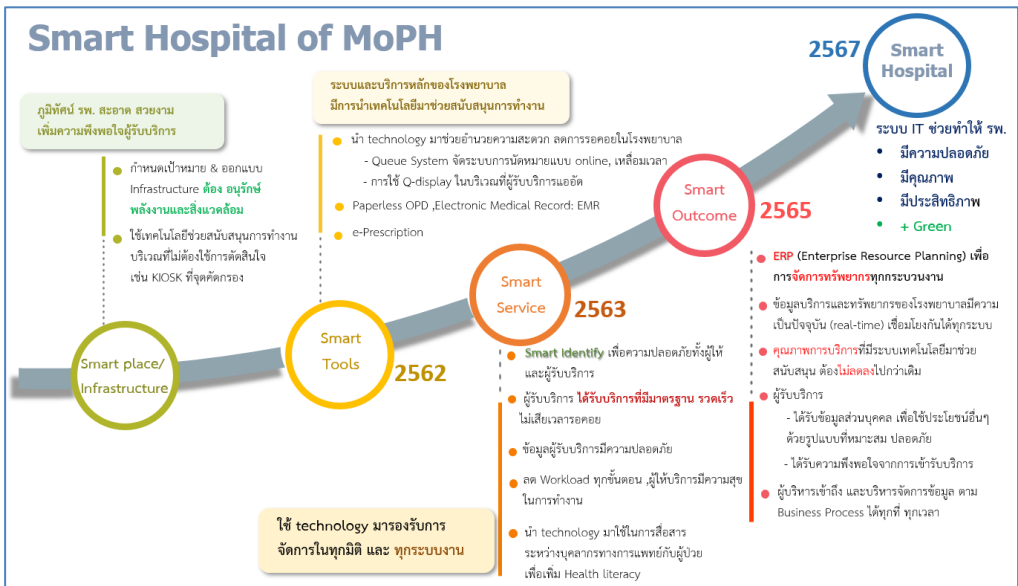
จังหวัดทดสอบ (ใช้ข้อมูลในแต่ละมิติจาก HDC Service [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2020](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2020))

### คะแนนในแต่ละมิติ

1. มิติความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)	มีคะแนนรวม 4 มิติ = 99.9508	ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ ...
2. มิติความสอดคล้อง (Consistency)	มีคะแนนรวม 4 มิติ = 99.3751	ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ ...
3. มิติความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)	มีคะแนนรวม 4 มิติ = 97.6938	ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ ...
4. มิติความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless)	มีคะแนนรวม 4 มิติ = <b>95.8333</b>	<b>ไม่ผ่าน</b> เกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ ...

### หากคะแนนเฉลี่ยรวม 4 มิติ คำนวณได้เท่ากับ 75.5 คะแนน

1. หากข้อมูลชุดนี้อยู่ในระหว่างไตรมาสที่ 1 (มากกว่า ร้อยละ 60) ได้ 75.5 = ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1
2. หากข้อมูลชุดนี้อยู่ในระหว่างไตรมาสที่ 2 (มากกว่า ร้อยละ 70) ได้ 75.5 = ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 2
3. หากข้อมูลชุดนี้อยู่ในระหว่างไตรมาสที่ 3 (มากกว่า ร้อยละ 75) ได้ 75.5 = ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 3
4. หากข้อมูลชุดนี้อยู่ในระหว่างไตรมาสที่ 4 (มากกว่า ร้อยละ 80) ได้ 75.5 = **ไม่ผ่าน** เกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 4

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	37. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	60. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
คำนิยาม	<p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p>  <p><b>Smart Hospital of MoPH</b></p> <p>ระบบและบริการหลักของโรงพยาบาล มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>นำ technology มาช่วยอำนวยความสะดวก ลดการรอคอยในโรงพยาบาล       <ul style="list-style-type: none"> <li>Queue System จัดระบบการนัดหมายแบบ online, เวลารอเวลา</li> <li>การใช้ Q-display ในบริเวณที่ผู้รับบริการแออัด</li> </ul> </li> <li>Paperless OPD ,Electronic Medical Record: EMR</li> <li>e-Prescription</li> </ul> <p>Smart Outcome 2565</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ERP (Enterprise Resource Planning) เพื่อการจัดการทรัพยากรทุกระบบงาน</li> <li>ข้อมูลบริการและทรัพยากรของโรงพยาบาลมีความเป็นปัจจุบัน (real-time) เชื่อมโยงกันได้ทุกระบบ</li> <li>คุณภาพการบริการที่มีระบบเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุน ต้องไม่ลดลงไปกว่าเดิม</li> <li>ผู้รับบริการ       <ul style="list-style-type: none"> <li>ได้รับข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ประโยชน์ๆ ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ปลอดภัย</li> <li>ได้รับความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการ</li> </ul> </li> <li>ผู้บริหารเข้าถึง และบริหารจัดการข้อมูล ตาม Business Process ได้ทุกที่ ทุกเวลา</li> </ul> <p>Smart Service 2563</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Smart Identify เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ</li> <li>ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว ไม่เสียเวลารอคอย</li> <li>ข้อมูลผู้รับบริการมีความปลอดภัย</li> <li>ลด Workload ทุกขั้นตอน ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน</li> <li>นำ technology มาใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่ม Health literacy</li> </ul> <p>Smart Tools 2562</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป้าหมาย &amp; ออกแบบ Infrastructure ต้องอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม</li> <li>ใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการทำงาน บริเวณที่ไม่ต้องใช้การตัดสินใจ เช่น KIOSK ที่จุดคัดกรอง</li> </ul> <p>Smart place/Infrastructure 2561</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป้าหมาย &amp; ออกแบบ Infrastructure ต้องอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม</li> <li>ใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการทำงาน บริเวณที่ไม่ต้องใช้การตัดสินใจ เช่น KIOSK ที่จุดคัดกรอง</li> </ul> <p>ใช้ technology มารองรับการจัดการในทุกมิติ และ ทุกระบบงาน</p> <p>ระบบ IT ช่วยทำให้ รพ.       <ul style="list-style-type: none"> <li>มีความปลอดภัย</li> <li>มีคุณภาพ</li> <li>มีประสิทธิภาพ</li> <li>+ Green</li> </ul> </p>
	<p><b>1) Smart Place/Infrastructure</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&amp;CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p><b>2) Smart Tools</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยง ความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์</p> <p><b>3) Smart Services</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาโร้ฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการ</p>

บริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลาารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

#### 4) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลาารอคอยได้อย่างเหมาะสม

#### 5) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

#### เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลาารอคอยที่เหมาะสม , มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่อี HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look *** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

\*\* BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) **Smart Place**

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) **Smart Tools** (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัด บริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) **Smart Services** (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือ้มเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

- รพ. ระดับ A, S, M1, M2 80%
- รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%
- รพ. นอกสังกัด สป. 80%



เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2563	2564	2565	2566
1 หน่วยบริการมี ผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	-	-
2) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย</li> <li>• โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ</li> <li>• บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม</li> <li>• เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital</li> </ul>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เป้าหมายที่ 1 หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M1, M2</li> <li>• เป้าหมายที่ 2 หมายถึง รพ. ระดับ F1, F2, F3</li> <li>• เป้าหมายที่ 3 หมายถึง รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>• หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน หน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค</li> </ul>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>• หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย สังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค รายงานผลการดำเนินงานไปยังศูนย์ไอทีกลางของกรม</li> <li>• กองบริหารการสาธารณสุข กำกับติดตามและให้ความช่วยเหลือด้านกระบวนการ</li> </ul>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็น Smart Hospital A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น Smart Hospital A3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ที่เป็น Smart Hospital



รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด B3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1 / B1 \times 100)$ , $(A2 / B2 \times 100)$ , $(A3 / B3 \times 100)$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน สรุปยอด ณ 15 มี.ค.63	รอบ 9 เดือน สรุปยอด ณ 15 มิ.ย.63	รอบ 12 เดือน สรุปยอด ณ 31 ส.ค.63	
มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	
	ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	
	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผล ไปยังกองบริหารการสาธารณสุข</li> <li>2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ในกระบวนการยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ และจัดส่งรายงานผลไปยังกองบริหารการสาธารณสุข</li> <li>3. กองบริหารการสาธารณสุข กำกับติดตาม</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID (โปรแกรมเรียกใช้ข้อมูลประชาชนกลางจาก Population Information Linkage Center กรมการปกครอง)</li> <li>2. คู่มือการติดตั้ง Q4U (โปรแกรมจัดการ Queue แจ้งเตือนลำดับเรียกผ่าน H4U app.)</li> <li>3. คู่มือการติดตั้งเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ</li> <li>4. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2561	2562
	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital				
	• รพศ./รพท.	ร้อยละ	-	-	90.76
	• รพช.	ร้อยละ	-	-	69.67
	• กรม	ร้อยละ	-	-	71.15



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	37. โครงการ Smart Hospital			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	61. จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา			
คำนิยาม	<p>บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ใน 3 แนวทาง ดังนี้</p> <p>แนวทางที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจสอบ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล และส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย</p> <p>แนวทางที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์</p> <p>แนวทางที่ 3 ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์</p> <p>ร้านยา หมายถึง ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1 ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	50 แห่ง	100 แห่ง	200 แห่ง	250 แห่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล			
รายการข้อมูล	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
20 แห่ง	30 แห่ง	40 แห่ง	50 แห่ง

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			255๙	256๑	2562
	-	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ภญ.วรรณิตตา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : naddavo@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ภญ.วรรณิตตา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : naddavo@gmail.com		

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)														
แผนงานที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ														
โครงการที่	38. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน														
ระดับการแสดงผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	62. ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ														
คำนิยาม	<p>การใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>ความแตกต่างการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ ของทั้ง 3 ระบบ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> <td>ไม่เกิน 1.5%</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	-	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
-	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS)</li> <li>▪ ระบบประกันสังคม (SS)</li> <li>▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</li> </ul>														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ปี 2560, 2562, 2564 ได้ผลการวิเคราะห์ในปีคู่ ปี 2561, 2563, 2565 ตามลำดับ)														
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ														
รายการข้อมูล 1	-อัตราการใช้สิทธิ ของแต่ละสิทธิ : CR-CS, CR-SS, CR-UC -อัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CR-T														
รายการข้อมูล 2	ความต่างอัตราการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเทียบกับอัตราการใช้สิทธิภาพรวมประเทศ : CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC }														
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ (ปีคู่) ในปี 2563 และปี 2565														

**เกณฑ์การประเมิน :**

**ปี 2562:** ข้อมูลจากผลการสำรวจ ปี 2560 ได้ผลการวิเคราะห์ ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี 2560) สำนักงานสถิติแห่งชาติ อยู่ระหว่างการสำรวจปี 2562		<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี 2560) สำนักงานสถิติแห่งชาติ อยู่ระหว่างการสำรวจปี 2562

**ปี 2563:** ข้อมูลจากผลการสำรวจ ปี 2562 ได้ผลการวิเคราะห์ ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี2562)		<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี2562)

**ปี 2564:** ข้อมูลจากผลการสำรวจ ปี 2562 ได้ผลการวิเคราะห์ ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี 2562) สำนักงานสถิติแห่งชาติ อยู่ระหว่างการสำรวจปี 2564		<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี 2562) สำนักงานสถิติแห่งชาติ อยู่ระหว่างการสำรวจปี 2564

**ปี 2565:** ข้อมูลจากผลการสำรวจ ปี 2564 ได้ผลการวิเคราะห์ ปี 2565

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี2564)		<=1.5% (รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปี2564)

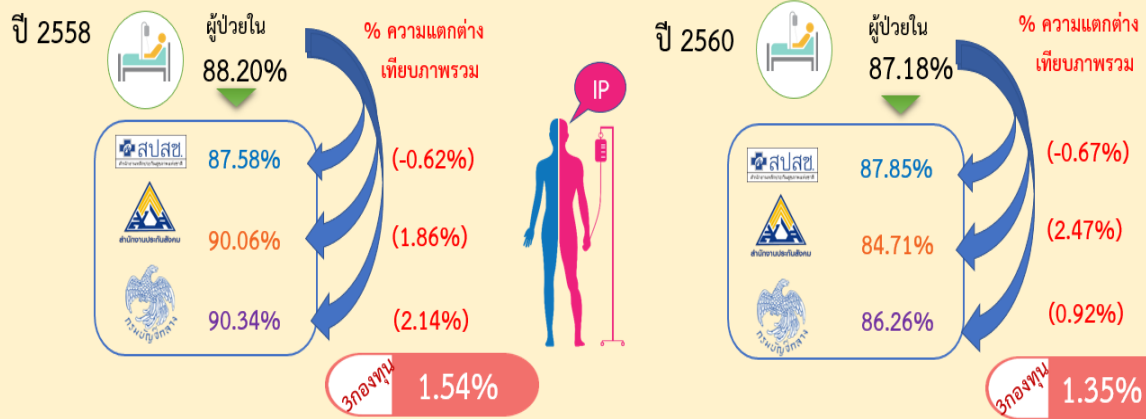
**วิธีการประเมินผล :**

ค่าเฉลี่ย { CRdif.-CS, CRdif-SS, CRdif-UC } <= 1.5

**เอกสารสนับสนุน :**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline ปี 58	ปี 60	ปี 61		Baseline ปี 58	ปี 60	ปี 61
	CR-UC	87.58%	87.85%	87.85%	CRdif-UC	0.62%	0.67%	0.67%
	CR-CS	90.34%	86.26%	86.26%	CRdif-CS	2.14%	0.92%	0.92%
	CR-SS	90.06%	84.71%	84.71%	CRdif-SS	1.86%	2.47%	2.47%
	CR-T	88.20%	87.18%	87.18%	Avg.	1.54%	1.35%	1.35%
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกาญจนา ศิริโกมล		ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 084-439-0152      โทรศัพท์มือถือ : 084-439-0152			
	โทรสาร :		E-mail : kanjana.s@nhso.go.th					
	2. นางวรรณิยา เอียดประพาล		ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 084-439-0096      โทรศัพท์มือถือ : 084-439-0096			
	โทรสาร :		E-mail : wanna.e@nhso.go.th					
	3. อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์		ตำแหน่ง หัวหน้างาน		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 061-398-5708      โทรศัพท์มือถือ : 061-398-5708			
	โทรสาร :		E-mail : amornrat.n@nhso.go.th, amornrat.ngowa@gmail.com					
	<b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำรวจข้อมูลโดย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) วิเคราะห์โดย: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์		หัวหน้างาน		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 061-398-5708      โทรศัพท์มือถือ : 061-398-5708			
	โทรสาร :		E-mail : amornrat.n@nhso.go.th, amornrat.ngowa@gmail.com					
	<b>สถานที่ทำงาน</b> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ							

ความแตกต่างการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ รายงานโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่	38. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	63. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ			
คำนิยาม	<p>สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมายสิทธิประโยชน์กลาง หมายถึง สิทธิประโยชน์หลักที่ทุกคนควรได้รับเมื่อจำเป็น ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง การมีสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพ ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ผู้ป่วยในของ 3 กองทุน	มีข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน 3 กองทุน	มีกลไกในการขับเคลื่อนและพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์กลางของ 3 กองทุน	มีการประกาศใช้และปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางของ 3 กองทุน
วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปี พ.ศ. 2566			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</li> <li>2. ระบบประกันสังคม</li> <li>3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ol>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากระบบรายงาน และผลการดำเนินงานของหน่วยงาน /หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง			
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง			
รายการข้อมูล 1	-			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ประเมินความสำเร็จ			
ระยะเวลาประเมินผล				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการนำเสนอแนวทางการเตรียมการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์กลางเพื่อนำเข้าในการประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	3 กองทุน รับทราบข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางเพื่อจัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุน	3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และ รายงานต่อ คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีข้อเสนอแผนและขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อกำหนดรายการสิทธิประโยชน์	มีสรุปผลการกำหนดรายการสิทธิประโยชน์ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน	มีผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของรายการสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นของผู้ป่วยใน 3 กองทุน	มีข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

วิธีการประเมินผล :														
เอกสารสนับสนุน :														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2561	2562	2563										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์วัฒน์ชัย จรุงวรรณะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1553 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089 779 3178 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>นางณัฐญาภรณ์ เพชรธิรสวัสดิ์ ตำแหน่ง กลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางสาวอโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จัดเตรียมข้อมูลและประสานหรือสนับสนุนคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
2	ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาข้อเสนอแผนและขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อกำหนดรายการสิทธิประโยชน์
3	รวบรวมผลการกำหนดรายการสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน
4	วิเคราะห์ความแตกต่างของรายการสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นของผู้ป่วยใน 3 กองทุน
5	จัดทำข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน 3 กองทุน

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	39. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	64. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย</li> </ol> <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 CR &lt; 1.5</li> <li>1.2 QR &lt; 1.0</li> <li>1.3 Cash &lt; 0.8</li> </ol> </li> <li>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) &lt; 0</li> <li>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและ ค่าตัดหน่วย Net Income NI) NI &lt; 0</li> </ol> </li> <li>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด &lt; 3 เดือน*</li> </ol> </li> </ol>

3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน

\*โดยให้นำน้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังตาราง 4 มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0-1	ปกติ
ระดับ 2	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
ระดับ 3	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
ระดับ 4	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
ระดับ 5	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
ระดับ 6	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน
ระดับ 7	มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

**การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2563**

**1.มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง**

มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ

มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Efficient Management)

มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ	1.1 การประเมินความพอเพียงที่จะสามารถจัดบริการได้ของทุกกองทุน*	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ ต้นทุนและผลการดำเนินงานของทุกกองทุน กลุ่มเป้าหมาย : ร้อยละ 20

	(Sufficient Allocation)	<p>(*ทุกกองทุน หมายถึง 5 กองทุน หลักประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าUC</li> <li>2. กองทุนประกันสังคม</li> <li>3. กองทุนข้าราชการ</li> <li>4. กองทุนแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว</li> <li>5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ</li> </ol> <p>1.2 การจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ</p> <p>1.3 การบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ</p>	<p>รพ.ทุกเขตทุกประเภท</p> <p>1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*</p> <p>*การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p> <p>ผลการดำเนินงานปี 2562 :</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 100</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ร้อยละ 100</p> <p>1.3 ร้อยละของหน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผนแบบที่มีความเสี่ยง* (แผนแบบที่ 4, 6, 7)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5</p> <p>ผลการดำเนินงานปี 2562</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 8.48</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ร้อยละ 8.26</p>
--	-------------------------	---	--

	<p><b>มาตรการที่ 2 :</b> พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)</p>	<p>2.1 เกณฑ์การประเมินตามนโยบายบัญชี หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 พัฒนาการหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวัน และงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร * เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวัน และงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
	<p><b>มาตรการ 3:</b> พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network &amp; Capacity Building)</p>	<p>3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3.2 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ</p>	<p>3.1 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p> <p>3.2 ร้อยละของผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p>
		<p>3.3 พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ</p>	<p>3.3 ร้อยละของหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p>



		3.4 พัฒนาศักยภาพด้าน การเงิน การคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และ ระบบประกันสุขภาพแก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ใหม่ (อายุงาน 1-5 ปี	3.4 ร้อยละของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลใหม่ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 50
	มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ (Efficient Management)	4.1 กระจายอำนาจให้ เขตสุขภาพบริหาร จัดการ  4.2 พัฒนารูปแบบการ บริหารจัดการร่วม (Merging)	4.1 กระจายอำนาจให้เขต บริหารจัดการและปรับเปลี่ยน ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงิน ของหน่วยบริการ ระดับ 7 ไม่ เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่ เกินร้อยละ 8  4.2 พัฒนารูปแบบการบริหาร จัดการร่วม 1 บริหาร จัด การ ร่วม (Administrative merging) 2 ให้บริการร่วม ( Service merging) 3 ใช้ระบบ สนับสนุนร่วม (Support merging) ค่าเป้าหมาย : ประเมินผล ความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
	มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (Monitoring Management)	5.1 การควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผน ทางการเงินกับผลการ ดำเนินงาน  5.2 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพ ทางการเงิน (7 plus efficiency)	5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มี ผลต่างของแผนและผล ไม่เกิน ร้อยละ 5 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70  5.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ ผ่านเกณฑ์ประเมิน $\geq 5$ ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จาก เกณฑ์ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (7 Plus Efficiency)

		<p>5.3 การควบคุมกำกับด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Unit cost)</p> <p>5.4 การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p> <p>5.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <p>5.4 มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้านการเงินการคลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : 1 ระบบ</p>
--	--	--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
$\leq$ ร้อยละ 4	ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 8	ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 6	ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 4

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน</li> <li>2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัตสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รายไตรมาส)
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7</li> <li>2. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6</li> </ol>

รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
----------------	--

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
--------------------	--------------------

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4
-------------------	----------------------

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2565:							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4		ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4	
วิธีการประเมินผล :		การวัด/วิเคราะห์					
เอกสารสนับสนุน :		รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2560	2561	2562	
		หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ที่ประสพ ภาวะวิกฤติ ทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/60</u> ร้อยละ 0.91 ไตรมาส <u>2/60</u> ร้อยละ 0.78 ไตรมาส <u>3/60</u> ร้อยละ 3.13 ไตรมาส <u>4/60</u> ร้อยละ 9.71	ไตรมาส <u>1/61</u> ร้อยละ 0 ไตรมาส <u>2/61</u> ร้อยละ 0 ไตรมาส <u>3/61</u> ร้อยละ 1.45 ไตรมาส <u>4/61</u> ร้อยละ 4.7	ไตรมาส <u>1/62</u> ร้อยละ 0 ไตรมาส <u>2/62</u> ร้อยละ 0.1 ไตรมาส <u>3/62</u> ร้อยละ 0.3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ชื่อ - สกุล นายวัฒนชัย จรุงวรรณะ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901553 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : cwatchai@yahoo.com สถานที่ทำงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ				2. ชื่อ - สกุล นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร	

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901797 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail : <a href="mailto:higmoph@gmail.com">higmoph@gmail.com</a></p> <p>3. ชื่อ – สกุล นางศุภัทธา เชื้อชาญ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901575 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>money_10975@yahoo.co.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวอโณทัย ไชยपालะ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : <a href="mailto:meawrnothai@gmail.com">meawrnothai@gmail.com</a></p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	40. โครงการพัฒนางานวิจัย / นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. จำนวนนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น</p> <p>3. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษาวิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง</p> <p>4. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>5. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่น ๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้ จำแนกเป็น 4 ประเภทได้แก่</p> <p>1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</p>

- 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอกการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น
- 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น
- 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

6. **เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ
7. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ
8. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

- 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
- 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
- 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

9. **ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล



**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ของปีที่ผ่านมา อย่างน้อย 8 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อ ยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอด ในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย	
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูล นวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา	
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ใน ปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิง พาณิชย์	
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	A ≥ 8 B ≥ 4	

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4
-------------------	----------

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข</li> <li>- พัฒนา ปรับปรุงฐานข้อมูลนวัตกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2563 อย่างน้อย 1 แผน</li> <li>- จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ</li> <li>- สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2563</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์</li> <li>- จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง</li> <li>- จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง</li> </ul>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี เพื่อเป็น</li> </ul>

<p>และนวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข</p> <p>- พัฒนา ปรับปรุง ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>อื่น ปีงบประมาณ 2564 อย่างน้อย 1 แผน</p> <p>- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพให้แก่ หน่วยงานอื่น/หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ</p> <p>- สํารวจจํานวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ สําร็จใน ปีงบประมาณ 2564</p>	<p>ข้อมูลประกอบการ พิจารณาเชิงนโยบายใน การถ่ายทอดนวัตกรรมสู่ การใช้ประโยชน์</p> <p>- จํานวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่าง น้อย 8 เรื่อง</p> <p>- จํานวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2564 มี การใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือการ คุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิง พาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง</p>
---	--	---	---

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข</p> <p>- พัฒนา ปรับปรุง ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพให้แก่หน่วยงาน อื่น ปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 1 แผน</p> <p>- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพให้แก่</p>	<p>- สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ</p> <p>- สํารวจจํานวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ สําร็จใน ปีงบประมาณ 2565</p>	<p>- จัดทำรายงานสรุป พร้อม ข้อเสนอแนะเสนอ ผู้บริหาร (อธิบดี เพื่อเป็น ข้อมูลประกอบการ พิจารณาเชิงนโยบายใน การถ่ายทอดนวัตกรรมสู่ การใช้ประโยชน์</p> <p>- จํานวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด</p>

	หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดในปีงบประมาณ 2565 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง			
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข					
เอกสารสนับสนุน :						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2560	2561	2562
	1. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา		เรื่อง	5	17	10
2. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์		เรื่อง	-	-	8	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.บุษราวรรณ ศรีวรรณระ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ หัวหน้าสำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2951 0000 ต่อ 99701 โทรศัพท์มือถือ: โทรสาร : 0 2951 1297 E-mail: busarawan.s@dmsc.mail.go.th					



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	40. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	66. ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึง การบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการกระจายอำนาจในการ บริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 13 เขต (รวม กรุงเทพฯ แต่ละเขตสุขภาพครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากรประมาณ 3-6 ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ด้านภูมิประเทศ การคมนาคมที่ สะดวกของประชาชน เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อและเพิ่มอัตราความครอบคลุม บริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนโดยสนับสนุนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร มี การบริหารจัดการรูปแบบคณะกรรมการ พื้นฐาน 2 ชุด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คณะกรรมการอำนวยการ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และทิศ ทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวง สาธารณสุขและ</li> <li>2. คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การ ปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วย บริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ</li> </ol> <p>การดำเนินงานตามขอบเขต คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เขตสุขภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ 1-13 ที่มีการแบ่งเขตการจัดบริการ ตาม กรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการ บริหารทรัพยากร และประชากร</li> <li>2. การบริหารจัดการ หมายถึง เขตสุขภาพมีการกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา ที่ มีรูปแบบแตกต่างจากการปฏิบัติงานเดิม หรือปรับกระบวนการให้มีการบริหาร จัดการ ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหารองค์กร การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ การขับเคลื่อน งาน ระบบบริการ ระบบบริหาร ระบบข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้กระบวนการ ขับเคลื่อนงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่ง สามารถดำเนินการครอบคลุมทั้งการ</li> </ol>

	พัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่เดิม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาต่อยอดหรือเป็นสิ่งที่สร้างให้เกิดขึ้นใหม่				
เกณฑ์เป้าหมาย เขตสุขภาพ	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	-	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63				
-	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานเชิงระบบของเขตสุขภาพ</li> <li>2. เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน				
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ทุกไตรมาส					
เกณฑ์การให้คะแนน:					

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan)</li> <li>- มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ</li> <li>- มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ</li> <li>- มีระบบติดตามกำกับ</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ</li> <li>- มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ</li> </ul>

เกณฑ์การประเมิน :

ไตรมาสที่ 1 Small success	ไตรมาสที่ 2 Small success	ไตรมาสที่ 3 Small success	ไตรมาสที่ 4 Small success
1. มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 3. 4. มีระบบติดตามกำกับ	1. มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง	1. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 2. มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ 2. มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 3. การรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ

แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 2 รอบ ได้แก่ รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ดังนี้

- 1) การประเมินรอบ 6 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖๓ (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563)

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
ขั้นตอนที่ 1	-	ขั้นตอนที่ 2	-	ขั้นตอนที่ 3

- 2) การประเมินรอบ 12 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๓ (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/ หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	- มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan)	- แผนเขตสุขภาพ - มีรายละเอียดการบูรณาการ	เท่ากับ 1 คะแนน



	- มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ - มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ - มีระบบติดตามกำกับ	- ระบบข้อมูล	
2	- มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนา นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขต สุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง	- แนวทางการสนับสนุน	เท่ากับ 1 คะแนน
3	- มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ - มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- มีระบบสารสนเทศที่ เกี่ยวข้อง - มีกลไกการแลกเปลี่ยน เรียนรู้	เท่ากับ 1 คะแนน
4	- มีกลไกการบริหารจัดการของเขต สุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ - มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือ กับภาคส่วนอื่น	- มีกลไกการบริหารจัดการ - รายงานผลการบูรณา การ	เท่ากับ 1 คะแนน
5	- มีการรายงานการประเมินผลการบริหาร จัดการ	- รายงานการประเมินผล	เท่ากับ 1 คะแนน

การประเมินปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 100

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน: เป็นตัวชี้วัดใหม่

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนา ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ	-	-	5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางลินลา ตู้อึ้ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651 E-mail: narenthorn 201 @gmail.com	โทรศัพท์มือถือ: 084-751 2948
	2. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	41. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	67. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p><u>กฎหมาย</u> หมายถึง กฎหมายตั้งแต่ระดับพระราชบัญญัติพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และหลักเกณฑ์ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง สภาวิชาชีพ และรัฐวิสาหกิจ</p> <p>- กฎหมายที่ต้องดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาให้ทันสมัยมีความสอดคล้องกับ สภาพการณ์ปัจจุบันและเพื่อการเข้าถึงของประชาชน เกิดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 10 ฉบับ</p> <p><u>การปรับปรุงและพัฒนา</u> หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการออกกฎหมาย การปรับปรุง กฎหมาย และการยกเลิกกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมายใหม่ หรือ ได้มีการปรับปรุง และพัฒนา กฎหมายที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัยเข้ากับสภาพการณ์ปัจจุบัน เสนอผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบ</p>

## เกณฑ์เป้าหมาย

**ตัวชี้วัด:** ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ  
**ตัวชี้วัดย่อยที่ 1** ร้อยละของกฎหมายที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา

พิจารณาจากความสำเร็จในการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายปีงบประมาณ 2563 มีเป้าหมายดังนี้

- กฎหมายที่ต้องดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาไม่สร้างภาระแก่ประชาชน ให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ทันสมัย และเพื่อสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 100 จากกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อยจำนวน 10 ฉบับ

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 60 ( 6 ฉบับ)	ร้อยละ 70 (7 ฉบับ)	ร้อยละ 80 (8 ฉบับ)	ร้อยละ 90 (9 ฉบับ)	ร้อยละ 100 (10 ฉบับ)

**ตัวชี้วัดย่อยที่ 2** ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

## คำนิยาม

**การบังคับใช้กฎหมาย** หมายถึง การดำเนินงานตามกระบวนการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ และผลสัมฤทธิ์ตามจุดมุ่งหมายที่กฎหมายบัญญัติไว้เพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน

**ระดับความสำเร็จ** หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้รับการพัฒนา ปรับปรุง และความสำเร็จในการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบตามที่กำหนดไว้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จะบังคับใช้กฎหมาย จำนวน 10 ฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
2. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
3. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
4. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
5. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559
6. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
7. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
8. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
9. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560
10. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

เกณฑ์เป้าหมาย	
<b>ตัวชี้วัดที่ 2</b> ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของ <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</b> <b>เกณฑ์ :</b> ร้อยละ 80 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย ครบ 5 องค์ประกอบ <b>กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 5 ขั้นตอน</b> ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ	
ขั้นตอน	การดำเนินการ
1	<p>มีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมาย หรือการสื่อสารในทุก ๆ ช่องทางพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์ หรือบริการสุขภาพ ในทุกรูปแบบ อาทิ การจัดอบรม การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาองค์ความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเข้าร่วมกับหน่วยงานอื่น</p> <p><b>เกณฑ์</b> ประกอบด้วยกฎหมาย อย่างน้อย 2 ฉบับ</p>
2	<p>จัดทำแผนบูรณาการ การดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการตรวจเฝ้าระวังในประเด็นการโฆษณา หรือเฝ้าระวังการกระทำผิดมาตราอื่น ๆ ตามแผนการดำเนินงานประจำปี หรือเทศกาล หรือกรณีพิเศษที่มีการร้องขอ ร่วมกับเครือข่ายบังคับใช้กฎหมายภายในหน่วยงาน/หน่วยงานในสังกัด หรือภายนอกหน่วยงาน</p> <p><b>เกณฑ์</b> ประกอบด้วยกฎหมาย อย่างน้อย 2 ฉบับ</p>
3	<p><b>ดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย การเฝ้าระวัง ตรวจสอบเตือน และการดำเนินคดี</b></p> <p>3.1 ร่วมตรวจเฝ้าระวัง/ ประชาสัมพันธ์ ร่วมกับเครือข่ายบังคับใช้กฎหมาย พนักงานเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน/หน่วยงานในสังกัด หรือภายนอกหน่วยงาน</p> <p><b>เกณฑ์</b> ร้อยละ 50 ของเป้าหมายที่กำหนดตามแผนบูรณาการ หรือ</p> <p>3.2 การดำเนินคดี</p> <p>3.2.1 ร่วมตรวจดำเนินคดี ข้อร้องเรียน/ข้อสั่งการ/การแจ้งเบาะแสการกระทำผิด ที่ได้รับการประสานจากเครือข่ายบังคับใช้กฎหมาย พนักงานเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน/หน่วยงานในสังกัด หรือภายนอกหน่วยงาน</p> <p><b>เกณฑ์</b> ร้อยละ 80 ของจำนวนเรื่องในทะเบียนรับ หรือ</p> <p>3.2.2 ดำเนินคดีกรณีตรวจพบการกระทำผิดซึ่งหน้าตามบทบาทหน้าที่ของนิติกร ผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกรตามขั้นตอน กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้</p> <p><b>เกณฑ์</b> ร้อยละ 100 ของจำนวนคดีที่ตรวจพบการกระทำผิดซึ่งหน้า</p>
4	<p>ส่งเสริมพัฒนาความรู้การบังคับใช้กฎหมาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับเครือข่ายบังคับใช้กฎหมาย พนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย</p> <p><b>เกณฑ์</b> อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</p>

5	สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการบังคับใช้กฎหมายเชิงนโยบาย และ รายงานต่อผู้บังคับบัญชา <b>เกณฑ์</b> รายงานหน้าหน้าหน่วยงาน/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและรายงานต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุข
---	--

**เกณฑ์การประเมินระดับประเทศ**

**ตัวชี้วัดที่ 2.1 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของ**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ**

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ครบองค์ประกอบ ร้อยละ 40	ครบองค์ประกอบ ร้อยละ 50	ครบองค์ประกอบ ร้อยละ 60	ครบองค์ประกอบ ร้อยละ 70	ครบองค์ประกอบ ร้อยละ 80

**เกณฑ์การประเมินระดับจังหวัด**

**ตัวชี้วัดที่ 2.1 ความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนด**

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 1 – 2	องค์ประกอบที่ 1-3	องค์ประกอบที่ 1-4	องค์ประกอบที่ 1-5

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชน</li> <li>2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเชิงบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระดับองค์กร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> <li>2. องค์ประกอบการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมาย <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กฎหมายด้านสุขภาพ</li> <li>2.2 บุคลากรในกลุ่มงานนิติกร งานนิติกร ผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกร</li> <li>2.3 เครือข่ายบังคับใช้กฎหมายภายในหน่วยงาน/หน่วยงานในสังกัด/หน่วยงานภายนอก</li> <li>2.4 พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านสุขภาพ</li> </ol> </li> </ol>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</li> <li>4. เขตสุขภาพทุกเขต</li> </ol>

รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด										
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายแต่ละองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2563 จำนวนกฎหมายที่ทำได้ในปีงบประมาณ 2563 x 100 กฎหมาย 10 ฉบับ ตามเป้าหมาย										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	$\frac{\text{จำนวน สสจ.ที่ดำเนินการครบองค์ประกอบ} \times 100}{\text{จำนวน สสจ.ทั้งหมด}}$										
การประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไขประเมินปีละ 1 ครั้ง 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินผลแบบอิเล็กทรอนิกส์ตามไตรมาส และทำการประเมินแบบลายลักษณ์อักษร 6 เดือน/ครั้ง										
<b>เกณฑ์การประเมิน</b> <b>1. ร้อยละของกฎหมายที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา</b> ปี 2563 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10 ฉบับ</td></tr> </table> ปี 2564 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td></tr> </table> ปี 2565 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td></tr> </table> ปี 2566 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td></tr> </table> ปี 2567 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td></tr> </table>		รอบ 12 เดือน	10 ฉบับ	รอบ 12 เดือน	-	รอบ 12 เดือน	-	รอบ 12 เดือน	-	รอบ 12 เดือน	-
รอบ 12 เดือน											
10 ฉบับ											
รอบ 12 เดือน											
-											
รอบ 12 เดือน											
-											
รอบ 12 เดือน											
-											
รอบ 12 เดือน											
-											

2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2564 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2565 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2566 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2567 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นขั้นตอน			

วิธีการ ประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา พิจารณาจากผลสำเร็จในการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 80 <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol> </li> </ol>
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี





<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล(ระดับ ส่วนกลาง</b>	<b>กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	<p>1. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434</p> <p>2. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434</p> <p>2. นายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434</p> <p>3. นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา โทรสาร :02-5901434</p> <p>4. นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434</p> <p>5. นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434</p> <p>6. นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์สิริพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434</p> <p><b>กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p>	<p>หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการ E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>

ตัวชี้วัดที่มีการแก้ไข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ตัวชี้วัด Proxy	จำนวนการตายมารดาไทย			
คำนิยาม	- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</li> <li>เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>การรายงานการตายมารดา : สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย ภายใน 24 ชั่วโมง ศูนย์อนามัยแจ้งข้อมูลการตายพร้อมสาเหตุการตายแก่กรมอนามัย ภายใน 7 วัน</li> <li>การรายงานแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) : สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) แก่ศูนย์อนามัยภายใน 20 วัน และส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน</li> <li>ศูนย์อนามัยจัดให้มีการ Conference Case มารดาตายร่วมกับ MCH board เขตจังหวัด และส่งรายงานต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน</li> </ol>			

	<p>เมื่อเกิดมารดาตาย ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> <li>- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</li> <li>- ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง(Risk Management )และแก้ปัญหาเบื้องต้น</li> </ul> </li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง</li> </ul> </li> <li>3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</li> </ul> </li> <li>4. ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย</li> </ol> <p>ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน <a href="http://savemom.anamai.moph.go.th">http://savemom.anamai.moph.go.th</a> ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 7 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย</li> <li>- จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</li> <li>- ส่งแบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-62) ผ่าน <a href="http://savemom.anamai.moph.go.th">http://savemom.anamai.moph.go.th</a> แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด ทุก 3 เดือน</li> </ul> </li> </ol> <p>จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง</p>
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง

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 16 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2565:

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

วิธีการประเมินผล

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน

- แบบรายงานการตายมารดา CE-62  
- มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)

รายละเอียด

ข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2557	2558	2559	2560	2561
อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4	17.1

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849  
นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667

	โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจรัสญ โทรศัพท 0 2590 4438 โทรศัพทมือถือ 06 2596 2294 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN))
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 1,000 =$ อัตราการคลอด HDC
รายการข้อมูล (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีปัจจุบัน (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2 การเฝ้าระวังอัตราการคลอด ในหญิงอายุ 15-19 ปี	$AXB =$ การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted



ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :พ.ศ.2563									
ปี 2561 :									
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34					
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข)								
เอกสารสนับสนุน	-								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี						
			ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.						
			2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (ฐานข้อมูล 1,000 คน	51.2	47.9	44.3	42.5	39.6	35.0	-	
- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีในระบบ HDC (ข้อมูล ณ 1 ก.ค. 62	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (ฐานข้อมูล 1,000 คน	26.2	30.9	32.1	31.1	32.6	35.5	28.3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์ โทร 0 2590 4266 โทรสาร 02 590 4163 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทร 0 2590 4168 โทรสาร 02 590 4163								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทร 0 2590 4168 โทรสาร 02-590-4168 Email : am-piyarat@hotmail.com								

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	12. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด</p> <p>หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center : PHEOC หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก สั่งการ ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากนี้อาจหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p>All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ</p> <p>Hazard Specific Plan (HSP หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส แผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น</p> <p>Incident Action Plan (IAP หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลา</p>

ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลา ปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

ระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center) หมายถึง ระบบบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการสั่งการในภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และเป็น Data Center สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)

EOC Assessment Tool หมายถึง แบบประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด

จังหวัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	-	ร้อยละ 50 (38 จังหวัด)	ร้อยละ 75 (57 จังหวัด)	ร้อยละ 100 (76 จังหวัด)

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 76 จังหวัด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	จำนวนจังหวัด ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) * 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ปี 2563 นับจำนวนจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอนโดยแบ่งการประเมินผลดังนี้

ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการ ได้ตามขั้นตอนที่ 1 และ 2

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการ ได้ตามขั้นตอนที่ 3 และ 4  
ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน ทุกหน่วยงานดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ปรับปรุงโครงสร้างระบบ บัญชาการเหตุการณ์ (ICS ของจังหวัด ให้เป็นปัจจุบัน	1. คำสั่งมอบหมายงาน การแพทย์ฉุกเฉินและสา ธารณภัยและมีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน หรือคำสั่งจัดตั้ง โครงสร้างกลุ่มงานการแพทย์ ฉุกเฉินและสาธารณภัยใน สสจ. 2. ผังโครงสร้างระบบ บัญชาการเหตุการณ์ (ICS ที่ ระบุบุคคลและแนวทางการ ปฏิบัติ (SOP ของแต่ละ กองภารกิจ
2	2.1 ประเมินความเสี่ยงสำคัญด้านโรค และภัยสุขภาพ (Hazard Risk Assessment ที่พบได้ในจังหวัด 2.2 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมที่ เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัย สุขภาพ (All Hazards Plan : AHP) ของจังหวัด และ จัดทำ Hazard Specific Plan	1. รายงานการประเมินความ เสี่ยงสำคัญด้านโรคและภัย สุขภาพ 2. All Hazards Plan ของ จังหวัด 3. HSP ที่เหมาะสมกับความ เสี่ยงที่ได้จากการทำ Hazard Risk Assessment
3	พัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลัก ครบทุกคน และผ่านเกณฑ์การ ประเมินความรู้ที่ระดับคะแนน (Post Test ร้อยละ 80	รายชื่อบุคลากรตาม โครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้า กองภารกิจหลัก ที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรระบบ บัญชาการเหตุการณ์ภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS

	<p><b>หมายเหตุ :</b></p> <p>1. กรมควบคุมโรค โดย กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน เป็นผู้จัดอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร และหัวหน้ากองภารกิจ</p> <p>2. บุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลัก สามารถเรียนรู้หลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS 100) ด้วยตนเองทางระบบ E-learning จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>3. บุคลากรตามข้อ 2 หมายถึงบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS 100 หรือ หลักสูตร Disaster Management อื่น ๆ ที่มีมาตรฐานเทียบเท่า</p>	<p>100 หรือหลักสูตร Disaster Management อื่น ๆ ที่มีมาตรฐานเทียบเท่า FEMA/CDC/WHO หรือเรียนรู้ด้วยตนเองทางระบบ E-learning และสอบผ่านตามเกณฑ์</p>
	<p>4</p> <p>ประเมินมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน EOC Assessment Tool</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>มาตรฐานตาม EOC Assessment tool สามารถศึกษารายละเอียดได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p>	<p>รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามแบบประเมิน EOC Assessment Tool</p>
	<p>5</p> <p>นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย</p>	<p>1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และแผน IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทาง</p>

	<p>1 ครั้ง ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดและมีการดำเนินการของ PHEOC จังหวัด และจัดทำรายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาในระดับจังหวัดที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (เฉพาะที่สำคัญและสอดคล้องกับ Hazard Plan) ผ่าน web EOC</p> <p>กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดให้มีการซ้อมแผน ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดและมีการดำเนินการของ PHEOC จังหวัด ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ Discussion-based TTx หรือ Functional Exercise ของ PHEOC หรือ Full scale Exercise (การฝึกปฏิบัติจริง) ของ PHEOC</p>	<p>สาธารณสุข ในกรณีเกิดเหตุการณ์จริง สามารถดาวโหลดแบบฟอร์ม IAPได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค <b>หรือ</b> มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>2. รายงานทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยา ระดับจังหวัด ผ่าน web EOC</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)</li> <li>2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</li> <li>3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4) เว็บไซต์ <a href="https://ddc.moph.go.th/eoc/">https://ddc.moph.go.th/eoc/</a></li> <li>5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</li> <li>6) คู่มือการใช้งานระบบ WEB EOC สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข</li> <li>7) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558</li> </ol>	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธจ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901771      โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771</li> <li>2. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (ครฉ. กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5903155      โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885</li> <li>3. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ      นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 1771      โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7827 โทรสาร : 02 590 1771      E-mail : p.sarathep@gmail.com</li> <li>4. แพทย์หญิงอลิสา ยานะสาร      นายแพทย์ชำนาญการ (กสธจ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771      โทรศัพท์มือถือ : 087 807 7363 โทรสาร : 02 590 1771      E-mail : yanasan.a@gmail.com</li> <li>5. นายแพทย์เจษฎา ธนกิจเจริญกุล      นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5903238      โทรศัพท์มือถือ : 094195 4253 โทรสาร : 02590 3238      E-mail : jessada.tha@gmail.com</li> <li>6. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์      นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903238      โทรศัพท์มือถือ : 0865694886 โทรสาร : 02-590 3238      E-mail:rattapong.b.@gmail.com</li> <li>7. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159      โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791 โทรสาร : 02-588 3767      E-mail : un_run@yahoo.com</li> </ol>				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางสุรรัตน์ ใจดี      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธจ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901771      โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 โทรสาร : 02-590 1771      E-mail : sureeratdee@hotmail.com</li> <li>2. นายสกล ลิจุติภูมิ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธจ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901771      โทรศัพท์มือถือ : 086 032 3860 โทรสาร : 02590 1771      E-mail : -</li> </ol>				





หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	13. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	<p>13.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG เวลาใดก็ได้ หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า <math>\geq 200</math> mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหารเวลาใดก็ได้ มีค่า <math>\geq 200</math> mg/dl แล้วได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 3 เดือน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	-	$\geq$ ร้อยละ 60	

วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน typearea 1,3 (1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง, 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม <a href="#">เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</a> <a href="#">เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</a>				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข <del>ภายใน 3 เดือน</del> ภายใน <b>ปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน</b>				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563					
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	-	<b>≥ร้อยละ 15</b>	<b>≥ร้อยละ 45</b>	≥ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :	A: จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจยืนยัน <b>ว่าเป็นเบาหวานหรือไม่</b> โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข <del>ภายใน 3 เดือน</del> ภายใน <b>ปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน</b> ประมวลผลจาก <ul style="list-style-type: none"> <li>- แฟ้ม NCDScreen.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร ,หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน หรือ <del>หลังจากตรวจคัดกรองภายใน 3 เดือน</del></li> </ul>				

- แพ้มี LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา , หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน

หลังจากตรวจคัดกรองภายใน 3 เดือน

B: จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแพ้มี NCDSCREEN ประมวลผลจาก

- BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร , 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร โดยที่ BSLEVEL  $\geq$  126 mg/dl
- BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร , 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร โดยที่ BSLEVEL  $\geq$  200 mg/dl

โดยนับเป็นเป้าหมายหลังตรวจพบเป็นกลุ่มสงสัยป่วยแล้ว 3 เดือน ซึ่งระยะเวลาการเป็นเป้าหมายอยู่ในปีงบประมาณนั้นๆ

ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน

ตรวจพบครั้งแรกว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยในเดือนพฤศจิกายน จะถูกนับเป็นเป้าหมายในเดือนมกราคม ผลงานจะประเมินจากเดือนที่เป็นเป้าหมายแล้วตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ว่ามีการตรวจยืนยันตามเงื่อนไข A หรือไม่ หากพบจะถูกนับเป็นผลงาน

เอกสารสนับสนุน : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			2561	2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	-	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร : 02-5903973	E-mail : Sasitth@gmail.com
	2.แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร : 02-5903964	E-mail : jurekong@hotmail.com	
3.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร : 02-5903893	E-mail : ncdplan@gmail.com	
4.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ	

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893	โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</li> <li>นางสาววรัญญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</li> <li>นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</li> <li>นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903867 โทรสาร : 02-5903893</li> <li>นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887 โทรสาร : 02-5903893</li> </ol>	<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rukmoei@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com</p>
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	<p><b>13.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b></p> <p><b>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</b> หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p><b>2. การได้รับการตรวจติดตาม</b> หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว</p>	

เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็น กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 3	$\in A$ = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*				
รายการข้อมูล 4	$\ominus B$ = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\in/\ominus A/B) \times 100^{**}$				
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน <del>(ต.ค. 62 – ก.ย. 63)</del>				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563					
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	>ร้อยละ 50	>ร้อยละ 50 ≥ ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 60 ≥ ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข  หมายเหตุ * <del>—ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง 140—159 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในช่วง 90—99 mmHg ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน —ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง 160—179 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในช่วง 100—109 mmHg ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน</del> **				

—การประเมินผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่  
 ที่มาคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละไตรมาส

—ในรอบ 12 เดือนจะประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มาคัดกรอง  
 และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 62—30 มิ.ย. 63

**หมายเหตุ**

\* B : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP ในช่วง  
 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP ในช่วง 90-109 mmHg  
 ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

\* A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP ในช่วง 140-  
 179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP ในช่วง 90-109 mmHg ใน  
 เขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการทำ Home BP  
 โดยต้องรายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วย อย่างน้อย 8 วันและไม่เกิน 120  
 วัน

**ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน**

1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน  
 วันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้าย  
 ของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมาย  
 และผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563

2. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน  
 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวัน  
 สุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็น  
 เป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563

**เอกสารสนับสนุน :** รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรม  
 ควบคุมโรค

<b>รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน</b>	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
		วัด	2558	2559	2560	2561	2562
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>2.แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903893 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>3.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>4. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893</p>	<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน โทรศัพท์มือถือ : 0818201894 E-mail : auttakiat@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>2.นางสาวสุชาทิพย์ ภัทรกุลฉนิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>3.นางสาวคุณกัญญ์ศศิ พิมพพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893</p> <p>4.นายกันทพล ทับหุ่่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903892 โทรสาร : 02-5903893</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน โทรศัพท์มือถือ : 0818201894 E-mail : auttakiat@yahoo.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : suthathip.ncd@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kunkansasi89@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanthabhon@gmail.com</p>

5.นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903887  
โทรสาร : 02-5903893

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
โทรศัพท์มือถือ :  
E-mail : ncdplan@gmail.com



### แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1. ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน
2. เครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องเดิมทุกครั้ง
3. ผู้วัดความดันโลหิตต้องเป็นบุคคลเดิมทุกครั้ง
4. สิ่งแวดล้อมในการวัดความดันโลหิต
  - 4.1 วัดความดันโลหิตในที่เงียบสงบ
  - 4.2 นั่งวัดเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1 - 2 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต
  - 4.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ
  - 4.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
  - 4.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
  - 4.6 ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง
5. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (หลังจากอุจจาระ ปัสสาวะแล้ว ไม่วัดความดันโลหิตขณะกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ โดยวัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตสูงก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

วันที่	ช่วงเช้า หลังตื่นนอนไม่เกิน 1 ชั่วโมง						ช่วงก่อนนอน ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอน					
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2		
	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร
ตัวอย่าง 30 มี.ค. 60	132	84	76	128	82	74	130	76	70	126	74	70
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = ..... mmHg												



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
คำนิยาม	ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินความเสี่ยง และมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

<b>ระดับพื้นฐาน</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และสามารถป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</li> <li>มีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่</li> </ol>
<b>ระดับดี</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานระดับจังหวัดเพื่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่</li> <li>มีการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ทีม</li> <li>มีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 2 ประเด็น</li> </ol>
<b>ระดับดีมาก</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 50 ของประชาชนในจังหวัดได้รับการดูแล จัดการปัจจัยเสี่ยง และคุ้มครองสุขภาพ</li> </ol>

วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัด 76 จังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์อนามัยเป็นรายไตรมาส</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form เป็นรายไตรมาส</p> <p>2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และสำเนาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัยและสำนักป้องกันควบคุมโรค นำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค</p> <p>3. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค</p> <p>4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข</p>			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดี			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100)$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2562, มีนาคม 2563, มิถุนายน 2563, กันยายน 2563)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด	ร้อยละ 75 ของจังหวัด	ร้อยละ 75 ของจังหวัด	ร้อยละ 90 ของจังหวัด
	มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์	มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์	มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์	มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์

	ระดับพื้นฐาน (จังหวัด ประเมินตนเอง	ระดับพื้นฐาน (ประเมิน โดย ศอ. และ สคร.	ระดับพื้นฐาน (ประเมิน โดย ศอ. และ สคร.
--	---------------------------------------	---	---

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีแผนปฏิบัติการ/มีการ ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ แก่หน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยง จากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ ผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยง จากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ ผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล

กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	กระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 65 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก

<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)</li> <li>2. ศูนย์อนามัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด</li> <li>2.2 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทั้งเชิงปริมาณ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และเชิงคุณภาพ</li> <li>2.3 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต</li> </ol> </li> <li>3. ส่วนกลาง สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ</li> </ol>
---------------------------	---

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS และคู่มือการใช้งานฯ</li> <li>2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ “แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม” <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/guidelinesOEHP.pdf">http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/guidelinesOEHP.pdf</a></li> <li>3. เกณฑ์สำหรับการรายงานเหตุการณ์และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรณีเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR)</li> <li>4. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล</li> </ol>
-------------------------	---

5. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการเปรียบเทียบตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
6. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
  - 6.1 โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
  - 6.2 หลักสูตรอบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการยกข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
7. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
8. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
9. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ
10. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
11. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital
12. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน
13. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่
7. คู่มือการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง
8. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562  
[http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T\\_0215.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T_0215.PDF)
9. คู่มือจัดตั้งและแนวทางคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม สำหรับระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร  
<https://drive.google.com/open?id=1SMa8RdPlgZ-dQnMgmlARebCjVoTyuAjwt>
10. แนวทางการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม  
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/461>
11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. .... (อยู่ระหว่างการจัดทำอนุบัญญัติ)

	<p>12. คู่มือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA)</p> <p>13. แนวปฏิบัติการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559)</p> <p><a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/462">http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/462</a></p>																		
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของจังหวัดมี ระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>60.53 (46 จังหวัด)</td> <td>65.79 (50 จังหวัด)</td> <td>60.53 (46 จังหวัด)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ณ 25 กย.60</td> <td>ณ 11 กย.61</td> <td>ณ 13 กย.62</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	ร้อยละของจังหวัดมี ระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	60.53 (46 จังหวัด)	65.79 (50 จังหวัด)	60.53 (46 จังหวัด)			ณ 25 กย.60	ณ 11 กย.61	ณ 13 กย.62
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2560	2561	2562															
ร้อยละของจังหวัดมี ระบบจัดการปัจจัย เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	60.53 (46 จังหวัด)	65.79 (50 จังหวัด)	60.53 (46 จังหวัด)															
		ณ 25 กย.60	ณ 11 กย.61	ณ 13 กย.62															
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวอำพร บุครัมย์ <del>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</del> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904359 <del>โทรศัพท์มือถือ : 081-8311430</del> โทรสาร : 02-5904356 <del>E-mail : bussarangsri@gmail.com</del> <b>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</b></p> <p>1. นางสุธิดา อุทะพันธุ์ <del>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</del> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904383 <del>โทรศัพท์มือถือ : 063-4515644</del> โทรสาร : 02-5904379 <del>E-mail : sutida.u@anamai.mail.go.th</del> <b>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย</b></p> <p>2. นางสาวปริญญ์ ใหมเจริญศรี <del>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</del> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904195 โทรสาร : 02-5904321 <del>E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th</del> <b>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</b></p> <p>3. นายพลากร จินตนาวิวัฒน์ <del>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</del> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904219 <del>โทรศัพท์มือถือ : 084-8289950</del> โทรสาร : 02-5918180 <del>E-mail : palakorn.c@anamai.mail.go.th</del> <b>ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย</b></p> <p>4. นางสาวปวีศา ดิษยวานิช <del>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</del> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4179 <del>โทรศัพท์มือถือ : 085-514-3891</del> โทรสาร : 02-590-4188 <del>E-mail : pawarisa.d@anamai.mail.go.th</del> <b>สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</b></p>																		





หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.				
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี				
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</b> หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><b>อสม. หมอประจำบ้าน</b> หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา ศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p><b>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</b> หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p><b>คุณภาพชีวิตที่ดี</b> หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</li> <li>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตดี</li> </ol>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</li> <li>ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 240,000 คน (เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)</li> </ol>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้				

	<p>1. <del>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a></del></p> <p>2. <del>อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง</del></p> <p>จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a></p>			
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
รายการข้อมูล 1	จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
รายการข้อมูล 2	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
รายการข้อมูล 3	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
รายการข้อมูล 4	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>= (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี = (รายการข้อมูล 3/รายการข้อมูล 4) X 100</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. <del>มีหลักสูตรการพัฒนา</del></p> <p><del>อสม. หมอประจำบ้าน</del></p> <p>1. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ</p> <p>2. <del>อบรม อสม. หมอประจำ</del></p> <p>บ้าน จำนวน 40,000 คน</p>	<p>มี อสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>10,000 คน 80,000 คน</p> <p>(สะสม)</p>	<p>1. <del>มี อสม. หมอประจำ</del></p> <p>บ้าน 80,000 คน (สะสม)</p> <p>2. <del>อสม. กลุ่มเป้าหมายมี</del></p> <p>ศักยภาพเป็น อสม. หมอ</p> <p>ประจำบ้าน ร้อยละ 70</p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมี</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p><del>ร้อยละ 70</del></p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่</p> <p>ได้รับการดูแลจาก อสม.</p> <p>หมอประจำบ้านมี</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี อย่าง</p> <p>น้อยร้อยละ 70</p>	

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> 4. Application “SMART อสม.”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับ การดูแลจาก อสม. หมอ ประจำบ้าน มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	-
เนื่องจากเป็นตัวยุติใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน(Baseline)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายนิติฉะวุฒิ ภิรมย์ไทย ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ : 081-8955723 โทรสาร : 02149 5645 E-mail : natwutp@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ นางศุภกัญญา ภวังคะรัต ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ : 084- 3614662 โทรสาร : 02149 5645 E-mail : cherrypnc@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<del>ชื่อ นางสาวรติ สวงวรรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</del> <del>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740</del> <del>สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ</del> <del>สุขภาพ</del>				

	<p>ชื่อ นายสมภพ อัจชนะศึก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740 สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ</p>
--	---

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ		
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.		
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	23. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน		
คำนิยาม	<p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	80,000 คน		
วัตถุประสงค์	พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> 2. อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง		
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
1. มีหลักสูตรการพัฒนา — อสม. หมอประจำบ้าน	มี อสม. หมอประจำบ้าน 10,000 คน	มี อสม. หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม)	-
2. มีการชี้แจงแนวทางสู่ — การปฏิบัติ	อบรม อสม. หมอประจำ บ้าน 80,000 คน (สะสม)		

<p>1. มีการชี้แจงแนวทางสู่ การปฏิบัติ</p> <p>2. อบรม อสม. หมอ ประจำบ้าน จำนวน 40,000 คน</p>																	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด																
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a> 4. Application “SMART อสม.”																
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวน อสม. ที่ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน</td> <td>จำนวน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	จำนวน อสม. ที่ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน	จำนวน	-	-	-			
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
		2560	2561	2562													
จำนวน อสม. ที่ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน	จำนวน	-	-	-													
เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน(Baseline)																	
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18724  โทรสาร : 02149 5645		ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน  โทรศัพท์มือถือ : 081-8955723  E-mail : natwutp@gmail.com  <b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>														
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง</b>	1.นางศุภกัญญา ภวังคะรัต  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740  โทรสาร : 02149 5645		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม  โทรศัพท์มือถือ : 084-3614662  E-mail : cherryphc@gmail.com  <b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b>  2.นางจิรวรรณ หัสโรค์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18716  โทรศัพท์มือถือ : 093-3291419														

	<p>โทรสาร : 02149 5645      E-mail : ge_haslo@yahoo.com</p> <p><b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b></p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p><del>นางสาวรติ สวงนรัตน์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</del></p> <p><del>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740</del></p> <p><del>สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</del></p> <p>นายสมภพ อัจชนะศึก      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 193 7000 ต่อ 18740</p> <p><b>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</b></p>



หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p><b>1 ความสำเร็จการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค หมายถึง การสนับสนุนพื้นที่ จังหวัด โรงพยาบาล แก้ไขปัญหาวัณโรคให้สอดคล้อง วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันควบคุมวัณโรคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>1.2 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.2.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซ์เรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p><b>3 กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p><b>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>

	<p><b>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</b>คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>4หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</b></p> <p>4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p><b>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค</b> หมายถึงโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย : **อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	85	85	85 88	85 90
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	85	87.5	90

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <b>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</b></p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)
2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 ( 1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คัดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)

<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>			
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4</li> <li>■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2563</li> <li>■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>			
<p>เงื่อนไขการคำนวณ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค <b>ไม่นับรวม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562)</li> <li>■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562)</li> </ul> </li> <li>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</li> <li>3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่</li> </ol>			
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p>				
<p>ปี 2561-2564 2563 :</p>				
<p>อัตราสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่</p>	<p>รอบ 3 เดือน</p> <p>-</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <p>-</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <p>-</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <p>ร้อยละ 85 88</p>
<p>ร้อยละความครอบคลุม การรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>ร้อยละ 87.5</p>
<p>หมายเหตุ :</p>				

<p>ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563</p>				
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ</p> <p><b>แนวทางการประเมินผล</b></p> <p><b>1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p><b>2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในระดับพื้นที่</p> <p><b>3 ระดับจังหวัด</b> ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p>			
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล</p>			
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p><b>Baseline data</b></p>	<p><b>หน่วยวัด</b></p>	<p><b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b></p>	
			<p>2560</p>	<p>2561</p>
			<p>2562</p>	
	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>84.2</p>	<p>85</p>
			<p>85.7</p>	
	<p><b>หมายเหตุ **</b> อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ</p>			
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</b></p> <p>1. แพทย์หญิงผลิน กมลวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 E-mail : phalin1@hotmail.com</p> <p>2. นายบุญเชิด กลัดพ่วงนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p>			

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>4. นางวิลาวัลย์ แดงสะอาด โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1252 โทรศัทพ์มือถือ : 081 318 9424 โทรสาร : 0 2212 5935</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 089 6801650 E-mail : bkladphuang</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096 982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081 318 9424 E-mail : wdangsaard @ yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 E-mail : swillwan@yahoo.com</p> <p>กรมควบคุมโรค สำนักกัณโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค โทรสาร : 0 2212 5935</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p><del>นางวิลาวัลย์ แดงสะอาด</del> <del>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1252</del> <del>โทรสาร : 0 2212 5935</del></p> <p>กรมควบคุมโรค สำนักกัณโรค</p> <p>นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๒๑๒ ๙๑๘๗ โทรสาร : ๐ ๒๒๑๒ ๕๙๓๕</p> <p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p>	<p><del>นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ</del> <del>โทรศัพท์มือถือ : 081 318 9424</del> <del>E-mail : wdangsaard @ yahoo.com</del></p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖ ๙๘๒ ๔๑๙๖ E-mail : auttagorn@gmail.com</p>

ตารางที่ 1 มาตรการสำคัญและกิจกรรมหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน</li> <li>▪ พัฒนาและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล</li> <li>▪ เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> <li>▪ พัฒนาศักยภาพแพทย์ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>▪ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular</li> <li>▪ ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB</li> <li>▪ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมควบคุมโรค</li> <li>▪ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
มาตรการที่ 2 ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยพัฒนารูปแบบการกำกับการกินยาโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วย และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน</li> <li>▪ ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> <li>▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>▪ กรมควบคุมโรค</li> <li>▪ กองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อและ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กรมการแพทย์</li> </ul>

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>■ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>■ กรมควบคุมโรค</li> <li>■ กองบริหารการสาธารณสุข</li> </ul>



**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย**  
**อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562**

เขตสุขภาพ/สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562
	2559	2560	2561	ค่าเฉลี่ย	
<b>เขต 1-12</b>	<b>84.2</b>	<b>84.4</b>			<b>≥85</b>
1 เชียงใหม่	79.3	79.3	77.5	78.8	≥85
2 พิษณุโลก	81.6	84.6	79.4	82.5	≥85
3 นครสวรรค์	81.0	84.9	81.3	82.4	≥85
4 สระบุรี	80.6	82.3	80.8	81.3	≥85
5 ราชบุรี	83.8	82.3	83.1	84.0	≥85
6 ชลบุรี	86.3	85.5	84.9	84.5	≥85
7 ขอนแก่น	83.7	85.1	82.4	83.5	≥85
8 อุตรธานี	85.6	85.9	84.1	84.5	≥85
9 นครราชสีมา	86.4	88.9	83.9	85.6	≥85
10 อุบลราชธานี	88.8	84.3	85.5	86.2	≥85
11 นครศรีธรรมราช	83.6	82.7	84.2	84.5	≥85
12 สงขลา	87.0	85.4	83.8	85.2	≥85

**หมายเหตุ**

- ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2559-2561 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2559-2561 ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>)
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562

**ตารางข้อมูลค่าเป้าหมาย อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ใน  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ของหน่วยงาน สคร.**

สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ (%)				
	2559	2560	2561	ค่าเฉลี่ย	1 0.2 คะแนน	2 0.4 คะแนน	3 0.6 คะแนน	4 0.8 คะแนน	5 1.0 คะแนน
1 เชียงใหม่	79.2	79.3	77.5	78.8	≤80	82	83	84	≥85
2 พิษณุโลก	81.6	84.6	79.4	82.5	≤80	82	83	84	≥85
3 นครสวรรค์	81.0	84.9	81.3	82.4	≤80	82	83	84	≥85
4 สระบุรี	80.6	82.3	80.8	81.3	≤80	82	83	84	≥85
5 ราชบุรี	83.8	82.3	83.1	84.0	≤80	82	83	84	≥85
6 ชลบุรี	86.3	85.5	84.9	84.5	≤80	82	83	84	≥85
7 ขอนแก่น	83.7	85.1	82.4	83.5	≤80	82	83	84	≥85
8 อุดรธานี	85.6	85.9	84.1	84.5	≤80	82	83	84	≥85
9 นครราชสีมา	86.4	88.9	83.9	85.6	≤80	82	83	84	≥85
10 อุบลราชธานี	88.8	84.3	85.5	86.2	≤80	82	83	84	≥85
11 นครศรีธรรมราช	83.6	82.7	84.2	84.5	≤80	82	83	84	≥85
12 สงขลา	87.0	85.4	83.8	85.2	≤80	82	83	84	≥85

**หมายเหตุ** 1.ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ  
2559-2561 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน

(ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2561 ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ที่มา  
<http://www.tbcmthailand.net>

2. ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 3 ปี  
ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี พ.ศ. 2562* (1)	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (153/แสน ปชก. (2)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562** (3)	ร้อยละความครอบคลุม การรักษาปี พ.ศ.2561 (4 = 3/2***	
ประเทศ	66,413,979	101,613	71,095	70	83,831
1 เชียงใหม่	5,886,570	9,006	5,514	61	7,430
2 พิษณุโลก	3,568,767	5,460	3,666	67	4,505
3 นครสวรรค์	2,988,841	4,573	2,715	59	3,773
4 สระบุรี	5,363,895	8,207	5,631	69	6,771
5 ราชบุรี	5,337,306	8,166	5,641	69	6,737
6 ชลบุรี	6,122,520	9,367	7,845	84	7,728
7 ขอนแก่น	5,061,496	7,744	5,876	76	6,389
8 อุดรธานี	5,558,667	8,505	4,816	57	7,016
9 นครราชสีมา	6,777,885	10,370	6,730	65	8,555
10 อุบลราชธานี	4,617,191	7,064	4,993	71	5,828
11 นครศรีธรรมราช	4,478,954	6,853	4,442	65	5,654
12 สงขลา	4,975,239	7,612	4,686	62	6,280
สปคม	5,676,648	8,685	8,540	98	7,165

หมายเหตุ \* ที่มาข้อมูลประชากร ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 36 ง หน้า 132 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T\\_0032.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T_0032.PDF)

\*\* ฐานข้อมูล NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

\*\*\* ข้อมูล ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
<b>ประเทศ</b>	66,413,979	101,613	71,095	70	83,831
กรุงเทพมหานคร	5,676,648	8,685	8,540	98	7,165
จังหวัดกระบี่	473,738	725	406	56	598
จังหวัดกาญจนบุรี	893,151	1,367	937	69	1,127
จังหวัดกาฬสินธุ์	985,346	1,508	1,080	72	1,244
จังหวัดกำแพงเพชร	727,807	1,114	699	63	919
จังหวัดขอนแก่น	1,805,895	2,763	2,347	85	2,279
จังหวัดจันทบุรี	536,496	821	568	69	677
จังหวัดฉะเชิงเทรา	715,009	1,094	763	70	903
จังหวัดชลบุรี	1,535,445	2,349	2,034	87	1,938
จังหวัดชัยนาท	328,263	502	262	52	414
จังหวัดชัยภูมิ	1,138,777	1,742	1,074	62	1,437
จังหวัดชุมพร	510,963	782	491	63	645

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดเชียงราย	1,292,130	1,977	1,394	71	1,631
จังหวัดเชียงใหม่	1,763,742	2,699	1,513	56	2,226
จังหวัดตรัง	643,116	984	538	55	812
จังหวัดตราด	229,914	352	239	68	290
จังหวัดตาก	654,676	1,002	666	66	826
จังหวัดนครนายก	260,093	398	355	89	328
จังหวัดนครปฐม	917,053	1,403	785	56	1,158
จังหวัดนครพนม	718,786	1,100	601	55	907
จังหวัดนครราชสีมา	2,646,401	4,049	2,327	57	3,340
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,560,433	2,387	1,346	56	1,970
จังหวัดนครสวรรค์	1,063,964	1,628	992	61	1,343
จังหวัดนนทบุรี	1,246,295	1,907	1,801	94	1,573
จังหวัดนราธิวาส	802,474	1,228	622	51	1,013
จังหวัดน่าน	478,989	733	381	52	605
จังหวัดบึงกาฬ	423,940	649	331	51	535

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดบุรีรัมย์	1,594,850	2,440	1,531	63	2,013
จังหวัดปทุมธานี	1,146,092	1,754	914	52	1,447
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	548,815	840	632	75	693
จังหวัดปราจีนบุรี	491,640	752	631	84	621
จังหวัดปัตตานี	718,077	1,099	567	52	906
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	817,441	1,251	709	57	1,032
จังหวัดพะเยา	475,215	727	527	72	600
จังหวัดพังงา	268,240	410	260	63	339
จังหวัดพัทลุง	525,044	803	377	47	663
จังหวัดพิจิตร	539,374	825	508	62	681
จังหวัดพิษณุโลก	866,891	1,326	1,094	82	1,094
จังหวัดเพชรบุรี	484,294	741	393	53	611
จังหวัดเพชรบูรณ์	994,540	1,522	935	61	1,255
จังหวัดแพร่	445,090	681	458	67	562
จังหวัดภูเก็ต	410,211	628	752	120	518

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดมหาสารคาม	963,047	1,473	1,188	81	1,216
จังหวัดมุกดาหาร	352,282	539	350	65	445
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	282,566	432	159	37	357
จังหวัดยโสธร	538,729	824	599	73	680
จังหวัดยะลา	532,326	814	434	53	672
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,307,208	2,000	1,261	63	1,650
จังหวัดระนอง	191,868	294	231	79	242
จังหวัดระยอง	723,316	1,107	994	90	913
จังหวัดราชบุรี	873,518	1,336	674	50	1,103
จังหวัดลพบุรี	758,733	1,161	754	65	958
จังหวัดลำปาง	742,883	1,137	750	66	938
จังหวัดลำพูน	405,955	621	332	53	512
จังหวัดเลย	642,773	983	472	48	811
จังหวัดศรีสะเกษ	1,473,011	2,254	1,931	86	1,859
จังหวัดสกลนคร	1,152,282	1,763	940	53	1,454

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดสงขลา	1,432,628	2,192	1,923	88	1,808
จังหวัดสตูล	321,574	492	225	46	406
จังหวัดสมุทรปราการ	1,326,608	2,030	1,912	94	1,675
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,791	297	161	54	245
จังหวัดสมุทรสาคร	577,964	884	1,303	147	730
จังหวัดสระแก้ว	564,092	863	704	82	712
จังหวัดสระบุรี	645,024	987	722	73	814
จังหวัดสิงห์บุรี	209,377	320	168	52	264
จังหวัดสุโขทัย	597,257	914	577	63	754
จังหวัดสุพรรณบุรี	848,720	1,299	756	58	1,071
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,063,501	1,627	956	59	1,342
จังหวัดสุรินทร์	1,397,857	2,139	1,798	84	1,764
จังหวัดหนองคาย	522,103	799	556	70	659
จังหวัดหนองบัวลำภู	512,117	784	429	55	646
จังหวัดอ่างทอง	280,840	430	208	48	354



เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2563 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2562*	คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรค (153 ต่อแสน ปชก.	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ขั้นทะเบียนรักษา ปี พ.ศ. 2562**	ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ของปี พ.ศ. 2562***	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,621	579	295	51	478
จังหวัดอุดรธานี	1,586,666	2,428	1,487	61	2,003
จังหวัดอุตรดิตถ์	455,403	697	394	57	575
จังหวัดอุทัยธานี	329,433	504	254	50	416
จังหวัดอุบลราชธานี	1,874,548	2,868	1,818	63	2,366

หมายเหตุ

\* ที่มาข้อมูลประชากร ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 36 ง หน้า 132 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T\\_0032.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T_0032.PDF)

\*\* ฐานข้อมูล NTIP ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

\*\*\* ข้อมูล ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2562

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ										
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)										
ตัวชี้วัดย่อย	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ร้อยละของจังหวัดที่ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU Community)										
คำนิยาม	<p><b>(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)</b></p> <p>(1 RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร</li> <li>- RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น</li> <li>- RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ/เขตของกรุงเทพมหานคร</li> </ul> <p>1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>RDU ขั้นที่ 1</b> หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU Hospital (R1)</th> <th style="width: 50%;">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td> </tr> <tr> <td>2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3		3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ		4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)										
1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค										
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3											
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ											
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3											

5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3

■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</p> <p>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %</p>

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม</p>

(หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$ , AD $\leq 20\%$ , FTW $\leq 40\%$ , APL $\leq 10\%$ )	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
---	--

■ RDU ชั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan  2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดย อาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับ เครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็น ปัญหาใน service plan อื่น	<b>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</b> ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอูจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

1.2.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร)

**เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด:** ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

**หน่วยวัด** ระดับจังหวัด

**คำอธิบาย** แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อย่างน้อย 1 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุข  
ระดับอำเภอ เป็นต้น

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับ ความสำเร็จ	คำอธิบาย
ระดับ 1	1.จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตาม ประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่อำเภอ เป้าหมาย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการ สุขภาพสังกัดอื่น ที่สมัครใจ ดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance
ระดับ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance
ระดับ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation
ระดับ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลือ อย่าง น้อย 1 ข้อ
ระดับ 5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก

รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริม  
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_use](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use)  
(อยู่ระหว่างดำเนินการ)

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 1 95 % RDU ชั้นที่ 2 20%	- RDU ชั้นที่ 2 <del>60%</del> 50% - RDU ชั้นที่ 3 20% <del>- ร้อยละ 100 ของจังหวัด</del> มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ ระดับ 3	<del>-RDU ชั้นที่ 3 80%</del> - RDU ชั้นที่ 2 60% - RDU ชั้นที่ 3 40% - ร้อยละ 100 ของจังหวัดมี การดำเนินการ RDU Community ร้อยละ 30 ของอำเภอในจังหวัด และ ผ่านเกณฑ์ RDU Community ระดับ 3
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และ หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น 3		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่าน เกณฑ์ระดับ 3		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A1/B) \times 100$ 2. $(A2/B) \times 100$ 3. $(C/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)		

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<del>RDU ชั้นที่ 2 <math>\geq</math> 45 %</del> - RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ 44 % - RDU ชั้นที่ 3 $\geq$ 15 %	<del>RDU ชั้นที่ 2 <math>\geq</math> 50 %</del> - RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ 46 % - RDU ชั้นที่ 3 $\geq$ 15 %	<del>RDU ชั้นที่ 2 <math>\geq</math> 55 %</del> - RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ 48 % - RDU ชั้นที่ 3 $\geq$ 20 %	<del>RDU ชั้นที่ 2 <math>\geq</math> 60 %</del> - RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ 50 % - RDU ชั้นที่ 3 $\geq$ 20 % <del>ร้อยละ 100 ของจังหวัด</del> มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย จังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3

วิธีการประเมินผล :

การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เอกสารสนับสนุน :

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการเข้าอย่างสมเหตุสมผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data (RDU)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2560	2561	2562
2562	ร้อยละ	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49	RDU ชั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 11.62 (ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 15)	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 99.89 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 42.46 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 16.42 (ณ ไตรมาส 3/2562)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- |  |  |
|--|--|
| 1. ญญ.นุชรินทร์ โตมาษา<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155<br>โทรสาร : 02-5907341<br>สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU) | เกสัชกรชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779<br>E-mail : nuchy408@gmail.com |
| 2. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628   | เกสัชกรชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289                                |





ชุมชน<sup>#</sup> หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

**ยา** ในที่นี้หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของยาหรือมุ่งหมายใช้เป็นยา

**การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)** หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)//
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ชุมชน<sup>1</sup> หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

<sup>i</sup> สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561.

<sup>#</sup>พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

<sup>1</sup>พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
ตัวชี้วัดย่อย	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
คำนิยาม	<p><u>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ (AMR)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง <a href="http://203.157.3.54/hssd1/">http://203.157.3.54/hssd1/</a> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ</li> <li>2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</li> <li>4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> <li>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ</li> </ol> </li> <li>2. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยาดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin</li> <li>3. <i>Klebsiella pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin</li> <li>4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)</li> <li>5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</li> </ol> </li> </ol>

	<p>6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)</p> <p>8. <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic)	ร้อยละ 20 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)	<p>—รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่ง มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate</p> <p>- ร้อยละ 95 ของ รพ. ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate</p> <p>-การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปีปฏิทิน 61</p>	การติดเชื้อ AMR ลดลง 15% จากปีปฏิทิน 61
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด M1		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1		
<b>รายการข้อมูล 1 (AMR)</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate		
<b>รายการข้อมูล 2 (AMR)</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 121 แห่ง		
<b>รายการข้อมูล 3 (AMR)</b>	C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61		





## คำอธิบายเพิ่มเติม

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม<sup>i</sup>

**การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)** หมายถึง ระบบของพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือเขต กรณีกรุงเทพมหานคร) ที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย และมีการเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังสู่ครัวเรือนและชุมชน โดยมีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงมีการนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชนด้วยชุมชน โดยมีการจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านการใช้ยาอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะภาคเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งกระจายยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยชุมชน<sup>ii</sup> หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

---

<sup>i</sup> สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561.

<sup>ii</sup> พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. อัตราตายทารกแรกเกิด			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม ที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาล สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เป้าหมายปีงบประมาณ 63: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต				
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขและ กบรส.			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2 <b>Ins Report</b> ) 2. ฐานข้อมูลจาก website: <a href="http://cmi.chiangmaihealth.go.th">http://cmi.chiangmaihealth.go.th</a>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.75	-	3.70
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.65	-	3.60

ปี 2565 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	-	3.55	-	3.50		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด</li> <li>2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต</li> <li>3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล</li> <li>4. มีการสรุปข้อมูล</li> </ol>					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด</li> <li>2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด อัตราตายทารกแรกเกิด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	2562
	7	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	3.94	3.51	4.26	4.19
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</li> <li>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</li> </ol>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</li> </ol>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</li> </ol>					



	<p>2. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p><b>กรมการแพทย์</b></p> <p>3. นายปวิช อภิपालกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 6350 โทรศัพท์มือถือ : <del>085-9594499</del>  098 - 5463564  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com  eva634752@gmail.com</p> <p><b>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</b></p>
--	--

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อและกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5 เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน</li> <li>1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</li> <li>1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol> </li> <li>มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า 10-18)</li> </ol> </li> </ol>

	<p>2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)</p> <p>2.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯหน้า 26-32)</p> <p>2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)</p> <p>2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ &gt; 60 ปี ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบังคับทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า 76-80)</p> <p>2.6 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>3. มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 (แสดงคุณภาพการส่งการรักษาด้วย opioids ดูรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์</p> <p>4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care)</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (แสดงคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง, เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (ติดตามผลการดำเนินการรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์</p>
--	---

<p>เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย          ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ดึงจากฐาน HDC)</p>			
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้าย          ของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน          ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม          ในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับ          การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระ          สิ้นสุดท้ายของชีวิต</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ ทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพจากระบบรายงานผล Health          data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ปัจจุบันที่          ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับดูแลการรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้          ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้ม          การติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>Health data center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a> รายงานมาตรฐาน          ข้อมูลตองสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อย          ละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย          ระดับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล (workload)</p>		
รายการข้อมูล 1	<p><b>B</b> – จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ          ประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล          ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-          C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, N185 และผู้ป่วยอายุ 0-14ปี ที่วินิจฉัย Z515          รวมด้วย เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p> <p><b>A</b> = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ          ประคับประคอง (Z51.5 และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid ดึงข้อมูลจาก          ฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC          เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ ซ้ำ รายการยา Opioid ที่          องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และรหัสยา 24 หลัก (หลักที่          1 - 11 แสดงชื่อสามัญ CODEINE PHOSPHATE (10223023200 , METHADONE          (10223200000 , MORPHINE (10223300000 , MORPHINE SULFATE          (10223328000 tablet, injection), FENTANYL (18001600100 , METHADONE</p>		

	<p>SYRUP (30223200000 , MORPHINE SYRUP (30223300000 , MORPHINE SULFATE SYRUP (30223328000 และยา Oxycodone/ OXYCONTIN เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก</p>								
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>A= จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือ ข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p> <p>รายการยา Opioid ที่องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และ รหัสยา 24 หลัก (หลักที่ 1-11 แสดงชื่อสามัญ CODEINE PHOSPHATE (10223023200 , METHADONE (10223200000 , MORPHINE (10223300000 , MORPHINE SULFATE (10223328000 tablet, injection), FENTANYL (18001600100 , METHADONE SYRUP(30223200000 , MORPHINE SYRUP (30223300000 , MORPHINE SULFATE SYRUP (30223328000 และ ยา Oxycodone/OXYCONTIN เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, N185 และผู้ป่วยอายุ 0 – 14 ปี ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p>								
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p><math>(B/A) \times 100 - (A/B \times 100)</math></p>								
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินทุก 6 เดือน</p>								
<p>เกณฑ์การประเมิน</p>									
<p>ปี 2563 :</p>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 40	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 40						
<p>ปี 2564 :</p>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 45</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 45	-	ร้อยละ 45	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	ร้อยละ 45	-	ร้อยละ 45						
<p>ปี 2565 :</p>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						

	-	ร้อยละ 50	-	ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจราชการ โดยที่มิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์</li> <li>2. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด</li> <li>4. การติดตามรายการยา Opioid โดยกองบริหารระบบสาธารณสุข</li> <li>5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ provincial network certification</li> </ol>			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (<a href="http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778">http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778</a> )</li> <li>2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ <a href="http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf">http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf</a></li> <li>3. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์</li> <li>4. <a href="http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf">http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf</a></li> <li>5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ <a href="https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf">https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</a></li> <li>6. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ <a href="http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03">http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03</a></li> <li>7. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ <a href="http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf">http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf</a> (access April 2014</li> <li>8. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรมการแพทย์</li> <li>9. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.</li> </ol>			

	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf</a> 10. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care <a href="http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf">http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</a>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2560	2561	2562
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย ในผู้ป่วย ประคับประคองระยะท้าย อย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	มะเร็ง 40.58 (รายงาน)	4 กลุ่มโรค 19.66 (HDC) 55.32 (รายงาน)	4 กลุ่มโรค 33.61 (HDC) 53.53 (รายงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246      โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960 E-mail : spathomphorn@gmail.com 2. พญ. เตือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413      โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail : noiduenpen@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. สำนักวิชาการ กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246 โทรศัพท์มือถือ : 08 9666 2960 E-mail : spathomphorn@gmail.com 2. พญ. เตือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail : noiduenpen@yahoo.com				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt;2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis</li> <li>2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</li> </ol> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และมีค่า serum lactate level <math>&gt;2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)</p>



	<p>4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)</p> <p>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5)</p> <p><b>5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</b> หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p><b>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</b> เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :** เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
< ร้อยละ 28	<p style="color: blue;">&lt; ร้อยละ 24</p> <p style="color: red;">&lt; ร้อยละ 26</p>	<p style="color: blue;">&lt; ร้อยละ 20</p> <p style="color: red;">&lt; ร้อยละ 24</p>

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10

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

#### เกณฑ์การประเมิน

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28

-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการเจาะ H/C ก่อน ให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการเจาะ H/C ก่อน ให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับ 2-3 ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับ 2-3 ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
-	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)	-	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28-26	-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28-26

ปี 2565 :

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

-	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50</p>	-	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50</p>													
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="501 987 1479 1245"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40</td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> <td>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>				คะแนน	1	2	3	4	5		สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20
คะแนน	1	2	3	4	5											
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20											
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย</p>															
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงาน</p> <table border="1" data-bbox="995 1406 1433 1615"> <thead> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>34.79</td> <td>32.03</td> <td>34.65</td> </tr> </tbody> </table>			2559	2560	2561	34.79	32.03	34.65					
2559	2560	2561														
34.79	32.03	34.65														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table border="0" data-bbox="501 1628 1479 1937"> <tr> <td>1. นพ.พจน์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891</td> <td>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail : drpojin@yahoo.com</td> </tr> <tr> <td>2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535</td> <td>สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก E-mail : mr.sepsis@yahoo.com</td> </tr> <tr> <td>3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036</td> <td>E-mail : crisis27@gmail.com</td> </tr> </table>				1. นพ.พจน์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail : drpojin@yahoo.com	2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535	สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก E-mail : mr.sepsis@yahoo.com	3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036	E-mail : crisis27@gmail.com						
1. นพ.พจน์ อินทลาภพร โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail : drpojin@yahoo.com															
2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535	สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก E-mail : mr.sepsis@yahoo.com															
3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036	E-mail : crisis27@gmail.com															



## ตารางประกอบคำนิยาม

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

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

Heart rate  $>90$  beats/min

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

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

### ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกร้าว			ดีขึ้น กระตุ้นกระตุ้น ที่ถึงถึงขั้น	ดี พูดรู้เรื่อง	ขึ้น แต่เวียนหัว ตาช้ำมึน	ขึ้นมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่น	ไม่รู้สึกตัว แม้กระตุ้นแล้วก็ตาม
ปีศาจ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปีศาจ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปีศาจ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปีศาจ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

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

**Interpretation**

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



**ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล  
ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)**

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

**วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล  
ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

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

ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว = มีครบทั้ง 3 ข้อ

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)  
ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code .....

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

หมายเหตุ:

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

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

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

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

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

สูตรคำนวณ =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตรภายใน 1 ชม.} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

**สูตรคำนวณ** =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

**หมายเหตุ** : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ระดับการแสดงผล	เขตและประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	36.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด			
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)			
ตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 8
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด S T E M I			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แห่งและข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$	$\leq 10 \leq 10$		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
$\leq 9 \leq 9$	$\leq 9 \leq 9$	$\leq 9 \leq 9$	$\leq 9 \leq 9$		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
$\leq 8 \leq 8$	$\leq 8 \leq 8$	$\leq 8 \leq 8$	$\leq 8 \leq 8$		
ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
$\leq 8 < 8$	$\leq 8 < 8$	$\leq 8 < 8$	$\leq 8 < 8$		
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร 43 เพิ่มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	13.39	ร้อยละ	10.12	9.64	8.41
ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษผู้ป่วย STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้รายละเอียดลิ้มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกเขตบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai ACS Registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
50	50	50	50
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
50	50	50	50
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
50	50	50	50
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
60	60	60	60
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
60	60	60	60
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI -จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด		

	<p>-จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI</p> <p>-จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ทั้งหมด</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>- เอกสาร 43 เพิ่มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry</p> <p>- IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European heart journal</i>, 2017, 39.2: 119-177.</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	47.16
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	48.79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพรวรรณ ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทที่ทำงาน: 02-591-9972 โทรศัพทมือถือ: 081-845-9395  โทรสาร : 02-591-9972 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com  สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพรวรรณ ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพทที่ทำงาน: 02-591-9972. โทรศัพทมือถือ: 081-845-9395  โทรสาร : 02-591-9972 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com  สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p>				

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																	
โครงการที่	21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต																	
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ (ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัดเนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน)																	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr																	
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</li> <li>eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</li> </ul>																	
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 61</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 62</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 63</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 62</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 63</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 67</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	66%	66%	66%	66%	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64															
66%	66%	66%	66%															
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67																
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219',																	



	'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน</li> <li>• โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><b>(A/B) x 100</b></p> <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน</p> <p>วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression</p> $(y = mx+b)$ <p>โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ</p> <p>GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก</p> <p>y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2561-

	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	66%	66%	66%										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	66%	66%	66%																
ปี 2562 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	66%	66%	66%										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	66%	66%	66%																
ปี 2563 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66% ร้อยละ 66</td> <td>66% ร้อยละ 66</td> <td>66% ร้อยละ 66</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	66% ร้อยละ 66	66% ร้อยละ 66	66% ร้อยละ 66										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	66% ร้อยละ 66	66% ร้อยละ 66	66% ร้อยละ 66																
ปี 2564 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>66% ร้อยละ 67</td> <td>66% ร้อยละ 67</td> <td>66% ร้อยละ 67</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	66% ร้อยละ 67	66% ร้อยละ 67	66% ร้อยละ 67										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
-	66% ร้อยละ 67	66% ร้อยละ 67	66% ร้อยละ 67																
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด																		
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Baseline data</td> <td rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2560</td> <td>2561</td> <td>2562</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>62.8</td> <td>58.65</td> <td>57.10</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			พ.ศ.					2560	2561	2562		ร้อยละ	62.8	58.65	57.10
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ															
		พ.ศ.																	
		2560	2561	2562															
	ร้อยละ	62.8	58.65	57.10															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ -สกุล นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 สถานที่ทำงาน รพ.หาดใหญ่ ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม E-mail : kcharoen007@hotmail.com																		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ -สกุล นายไพบูลย์ ไวกยี่ โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 สถานที่ทำงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th																		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ -สกุล พ.ญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-6469469 สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail : wpichaiw@hotmail.com																		

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา		
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับ สายตา (VA) แย่กว่า 20/400		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจาก ต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอ คอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึก ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2563 :		
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
		รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85

ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85		
ปี 2565 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85		
วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	โปรแกรม Vision2020 thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	80.5	84.12	84.59
			2560	2561	2562
			84.09	84.44	84.11
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม vision2020 thailand				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อุตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6352-6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ								
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)								
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะไตอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย</li> <li>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2562-2563 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561-2562 เป็นตัวหาร</li> </ul>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.9</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	0.9	1.0	1.0
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
0.9	1.0	1.0							
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)								
รายการข้อมูล 2	B = อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล-จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</p> $= (A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส และรวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ								
เกณฑ์การประเมิน									

ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
0.3		0.5		0.7	0.9	
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
0.4		0.6		0.8	1.0	
ปี 2565 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
0.4		0.6		0.8	1.0	
วิธีการประเมินผล :						
เอกสารสนับสนุน :		ข้อมูลรายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
				พ.ศ.		
				2559	2560	2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี นางดลชวรรณ อุนนะนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906358 โทรศัพท์มือถือ : 097-1915995 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : dotthawan111@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานทิศระบบการแพทย์ กลุ่มงานนิติระบบการแพทย์ สำนักงานทิศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 259 06358-59 โทรสาร: 0 296 59851 E-mail: supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นางดลชวรรณ อุนนะนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906358 โทรศัพท์มือถือ : 097-1915995				

โทรสาร : 02-9659851 E-mail : dotthawan111@gmail.com

~~สถานที่ทำงาน~~ สำนักนิเทศระบบการแพทย์

กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 259 06358-59

โทรสาร: 0 296 59851

E-mail: [supervision.dms@gmail.com](mailto:supervision.dms@gmail.com)

นางกฤติกา อิงคสุวรรณกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906351 โทรศัพท์มือถือ : 086-8949675

โทรสาร : 02-5918279 E-mail : [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com)

สถานที่ทำงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	25. โครงการการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
ตัวชี้วัดย่อย	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
คำนิยาม	การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่นั้นในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถหากิจวัตรประจำวัน บาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069



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

#### เกณฑ์เป้าหมาย

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

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
<del>ร้อยละ 50</del>	<del>ร้อยละ 75</del>	<del>ร้อยละ 100</del>
ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

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

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน</li> <li>สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</li> <li>เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน</li> <li>ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	<p><b>ตัวชี้วัดหลัก</b> ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด (ความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p><b>ภาคผนวก 1</b> เกณฑ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p><b>ภาคผนวก 2</b> IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1 Problem list &amp; plan, 2 Standing doctor order sheet, 3 Team meeting report และ 4 Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p><b>ตัวชี้วัดรอง</b> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index</p>

	<p>&gt;15 with multiple impairment ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index &gt;15 with multiple impairment</p>			
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
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 25		ร้อยละ 50
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 60		ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 70		ร้อยละ 75-65
วิธีการประเมินผล :	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน			
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ</li> <li>- รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)</li> <li>- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559</li> </ul>			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
					เริ่มมีการ ดำเนินการ IMC เป็นปีแรก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ ศุภศิลป์ จาปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 Email: sjampanak@gmail.com กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</p> <p>2. นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 Email: Peed.pr@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 Email: jurairat_jaa@hotmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <p>4. แพทย์หญิง วิชนี ธงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 Email: vichyrehab@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6347 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน											
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer <u>โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</u>)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24</td> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24 26</td> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26</td> <td>ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24-26									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</li> <li>2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) <del>สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</del></li> </ol>											

	<p>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</p> <p>2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30
ปี 2563:			
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26
ปี 2564:			
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26

ปี 2565:					
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐทุกแห่ง 3. กรมการแพทย์ (สำนักวิชาการแพทย์ . MOPH ED Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
					ข้อมูล ณ มิถุนายน
	จำนวนผู้ป่วยสีแดง ที่มาด้วย EMS	ครั้ง	98,732	106,739	36,696
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ห้องฉุกเฉิน ER visit	ครั้ง	521,422	384,173	147,045
ร้อยละ	ร้อยละ	18.94	27.78	24.95	
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	98,732	111,256	54,628
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	521,422	404,902	242,683
	ร้อยละ	ร้อยละ	18.94	27.47	22.51
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600		ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 0890361669		

	โทรสาร : 02-8721603	E-mail : kamolthip.s@niems.go.th
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. นายสุวภัทร อภิภูญานนท์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600	พนักงานปฏิบัติการ (หัวหน้างาน งานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 0818321669
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	โทรสาร : 02-8721603  สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	E-mail : Suwapat.a@niems.go.th



หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	54. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งสาระที่เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย (1) ปลูก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน					

	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก								
	คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99								
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 2563</p> <p>2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>3. เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p>													
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p><b>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง</b> จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน</li> <li>โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน</li> <li>โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน</li> </ol> <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT จำนวน 26 ข้อ (EB 1-EB 26 เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้</p>													
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ตามความเป็นจริง และให้คะแนนการประเมิน ๑ ตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี</p> <p>กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="528 1451 1428 1646"> <thead> <tr> <th>ไตรมาสที่ 1</th> <th>ไตรมาสที่ 2</th> <th>ไตรมาสที่ 3</th> <th>ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>						ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)	80	85	90
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4											
ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)	80	85	90											
<b>แหล่งข้อมูล</b>	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.													
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี													
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน													
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$													
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based ประเมิน													

	ตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี
--	--

**เกณฑ์การประเมิน :**

**ปี 2561:**

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

**ปี 2562:**

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

**ปี 2563:**

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

**ปี 2564:**

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

**ปี 2565:**

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB4	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence- Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT ข้อ EB1-EB26
Small Success : ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็น	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26

<p>การจัดซื้อจัดจ้าง เท่านั้น (EB 1- EB 4 ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี</p>	<p>ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี</p>	<p>ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี</p>	<p>ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี</p>																														
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence-Based ประเมินตนเอง ในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้</p> <p><b>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี</b>  <b>Small Success :</b> ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1-EB 4  <b>ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone</b>  <b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b> ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้  <b>คะแนนดังนี้</b></p> <table border="1" data-bbox="592 913 1386 1014"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>1 ข้อ (EB</td> <td>2 ข้อ (EB</td> <td>3 ข้อ (EB</td> <td>-</td> <td>4 ข้อ (EB</td> </tr> </table> <p><b>ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone ดังนี้</b></p> <table border="1" data-bbox="585 1111 1394 1597"> <thead> <tr> <th>ระดับ คะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี</b>  <b>ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26</b>  <b>ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80</b>  <b>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน</b>  <b>โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</b></p> <table border="1" data-bbox="592 1933 1386 2024"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>			ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1 ข้อ (EB	2 ข้อ (EB	3 ข้อ (EB	-	4 ข้อ (EB	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4	2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4	3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4	5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
1 ข้อ (EB	2 ข้อ (EB	3 ข้อ (EB	-	4 ข้อ (EB																													
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB4																																
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB4																																
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB4																																
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB4																																
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
-	-	80	85	90																													

	<p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 434 1386 533"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="592 770 1386 869"> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	80	85	90
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
-	-	80	85	90																	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
-	-	80	85	90																	
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.</p>																				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="528 1066 1450 1406"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA</td> <td>ร้อยละ</td> <td>84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน</td> <td>95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน</td> <td>96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	ร้อยละของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA	ร้อยละ	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน	96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน							
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
		2560	2561	2562																	
ร้อยละของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA	ร้อยละ	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน	96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน																	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866      โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330      E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง      นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330      โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330      E-mail : mophita2558@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง      นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330      โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330      E-mail : mophita2558@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>																				

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	35. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	58. จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข</p> <p><b>คุณภาพขององค์กรแห่งความสุข มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ชั้น 1 ชั้น 2 และชั้น 3</b></p> <p><b>เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่</b></p> <p><del>หมวดที่ 1 การนำองค์กรแห่งความสุข</del></p> <p><del>หมวดที่ 2 กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข</del></p> <p><del>หมวดที่ 3 การจัดการความรู้ในองค์กร</del></p> <p><del>หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากร</del></p> <p><del>หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข</del></p> <p><b>การสร้างสุขในองค์กร</b> หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการ คือ 1 คนทำงานมีความสุข (Happy People การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมืออาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น 2 ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน และ 3 การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่</b></p> <p><del>หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์</del></p> <p>(องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p><del>หมวดที่ 2 การบริหาร (ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน การจัดสวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร</del></p> <p><del>หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (การดูแลสุขภาพของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การ</del></p>

เจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน

หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน

(ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน

หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร

(การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และ กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 10</li> </ul>	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 15</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 2 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 15</li> </ul>	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 20</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 3 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 20</li> </ul>

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer และสุขภาวะองค์กร(HPI มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

**หน่วยงานเป้าหมาย**

1. กรมวิชาการ
2. จังหวัด
  - สสจ.
  - รพศ.
  - รพท.
  - รพช.
  - สสอ. (รวม รพ.สต.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานเสนอให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <p>2. คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) ระดับ เขตสุขภาพ/กรม แจ้งผลการพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ <a href="mailto:spd.happymoph@gmail.com">spd.happymoph@gmail.com</a></p>		
แหล่งข้อมูล	<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ประกาศผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ผ่านหน้าเว็บกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เมนู People Excellence</p>		
กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนัก/กองในกรมวิชาการหรือสป.ส่วนกลางที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนัก/กองทั้งหมดในกรมวิชาการหรือสป.ส่วนกลางทั้งหมด		
รพศ./รพท./สสจ.			
รายการข้อมูล	A = รพศ./รพท./สสจ. (อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง)		
รพช./สสอ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพช./สสอ.ในจังหวัด ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน องค์กรแห่งความสุข		
รายการข้อมูล 1	B = จำนวน รพช./สสอ.ทั้งหมดในจังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาทีมพี่เลี้ยง (MOPH Happy Coaching Team) 30 ทีม</li> </ul>		<p>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 10</li> </ul>
--	--	--	--

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 15</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 2 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 15</li> </ul>

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 20</li> <li>● รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย เขตละ 3 แห่ง</li> <li>● รพช./สสอ. ร้อยละ 20</li> </ul>

วิธีการประเมินผล :

เอกสารผลการพิจารณาผลการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน จาก คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) ระดับเขต สุขภาพ/กรม ที่จัดส่งมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [spd.happymoph@gmail.com](mailto:spd.happymoph@gmail.com) โดย

- กรมวิชาการ/สป.ส่วนกลาง มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด
- รพศ./รพท./สสจ. มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง
- รพช./สสอ. มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด



<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>3. นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>4. นางสาวรัชก พิมพ์สะอาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5918628</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : <a href="mailto:inspect.n@gmail.com">inspect.n@gmail.com</a></p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : <a href="mailto:bps.pavinee@gmail.com">bps.pavinee@gmail.com</a></p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : <a href="mailto:j.kaampou@gmail.com">j.kaampou@gmail.com</a></p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : <a href="mailto:mook_0507@hotmail.com">mook_0507@hotmail.com</a></p>
---	---	---

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติ
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (<del>cid</del>) (CID)</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (<del>sex</del>) (SEX)</li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (<del>nation</del>) ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)</li> <li>4. ข้อมูลวันเกิด (<del>birth</del>) ข้อมูลสัญชาติ (NATION)</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (<del>discharge</del>) (DISCHARGE)</li> </ol> <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (<del>cid</del>)(CID) <ul style="list-style-type: none"> <li>— ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ไม่เป็นค่าว่าง</li> <li>1.2 ไม่เป็นเลข Generate</li> <li>1.3 ตรงตามหลัก Mod 11</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>2. ข้อมูลเพศ (<del>sex</del>)(SEX) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1</li> </ul> </li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (<del>nation</del>)(NATION) <ul style="list-style-type: none"> <li>— ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างดาว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย</li> </ul> </li> <li>4. <del>ข้อมูลวันเกิด (birth)</del>(BIRTH)</li> </ol>

~~เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี~~

3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)  
 - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)  
 4. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้  
 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0  
 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง  
 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate  
 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11

5. รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)(DISCHARGE)  
 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน  
 5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

ระยะเวลาในการประเมินผล : ~~ประเมินทุกวันที่ 1 ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ ( 1 ธันวาคม, 1 มีนาคม, 1 มิถุนายน และ 1 กันยายน~~  
**ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ ( 16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม**  
 ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
2. ความสอดคล้อง (Consistency)
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป

	2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ								
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center : HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ								
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด								
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	คุณภาพข้อมูล = $(A/B \times 100)$								
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	3, 6, 9 และ 12 เดือน								
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>									
ปี 2563 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80						
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล								







