



รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2564

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข โดยแผนปฏิบัติราชการฉบับนี้ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่าง ๆ จึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 42 โครงการ และ 75 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2563

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	6
2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	9
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	16
4	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	21
5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	28
6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	30
7	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	35
8	ร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	44
9	จำนวนครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพ	50
10	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	54
11	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	61
12	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	72
13	จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	77
14	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	80
15	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	83
16	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	87
17	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	90
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	94
19	ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	100
20	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	107
21	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	110
22	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	113
23	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	119
24	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	121
25	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	129
26	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	141

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
27	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	154
28	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S ให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือก ครบถ้วนตาม Key Step Assessment	156
29	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID	160
30	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	164
31	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	170
32	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	173
33	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	175
34	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	177
35	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	182
36	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	187
37	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	190
38	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	194
39	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	201
40	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาคตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	205
41	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	208
42	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	212
43	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	215
44	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	217
45	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	220
46	การบริบาลฟื้นฟูสุขภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F	224
47	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	235
48	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	246
49	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	249
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน	254
51	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	259
52	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	261

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
53	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	264
54	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว	267
55	ร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน	270
56	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของสถานที่ที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ	275
57	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์	280
58	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	285
59	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	289
60	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	293
61	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	296
62	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	301
63	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	305
64	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	311
65	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	317
66	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	324
67	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	328
68	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	331
69	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด	336
70	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	338
71	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	340
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	344
73	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	350
74	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ	355
75	ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายและมีการบังคับใช้	359

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และคลอดหรือการดูแลรักษา ขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
--------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน
----------------------	--

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตาย ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน http://savemom.anamai.moph.go.th ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 24 ชั่วโมง ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ส่งแบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-62) ผ่าน http://savemom.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน
----------------------	---

	<p>5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด ทุก 3 เดือน - จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง 								
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์								
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<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>ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน						
ปี 2561:									
	<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>ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน						
ปี 2562:									
	<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>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน						
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>-</td> <td>-</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน						
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย								
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-62) http://savemom.anamai.moph.go.th - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Motherhood and Baby Friendly hospital) 								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	19.9	20.3	23.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ : 08 1292 3849 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : pimolphantang@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 9667 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : noi_55@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>ชื่อ - สกุล นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ชื่อ - สกุล นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ : 06 2596 2294 โทรสาร : 0 2590 4427 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	2. เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย 2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี 2.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อย 2.1	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ - สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง - สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี - มหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิง หลังคลอดที่ให้ นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ - ตำบลมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 4 ประเด็น ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐหรือเอกชน ร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-2 ปี โดยมีส่วนร่วมในการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการ สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย และการนอน 2) ดำเนินงานผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และครบถ้วนทุกกิจกรรมสำคัญ 3) ดูแลการให้บริการคุณภาพมาตรฐานในงาน ANC และ WCC 4) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคนในตำบล - ตำบลมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบลมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ของกรมอนามัย

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	57.0	60.0	62.0	64.0
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	113.0
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	112.0
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กอายุ 0-5 ปี 2. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี 3. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการเฝ้าระวังทางโภชนาการใน ANC, WCC, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนระดับอนุบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU ของโรงพยาบาล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุข (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยบันทึกข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ความยาว/ส่วนสูง 90.5 เซนติเมตร			
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4) โรงเรียนระดับอนุบาล			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน			
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
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 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 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 :

1. ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลปีละ 4 ครั้งคือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4
2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับค่าเป้าหมาย ของตัวชี้วัด
3. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้อง เพื่อเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุผ่านกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน
4. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ พร้อมข้อเสนอแนะระดับจังหวัดส่งให้กับเขตสุขภาพและศูนย์อนามัย

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้าน โภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
7. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
10. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน
11. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยี เสมือนจริง(Augmented Reality : AR)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	49.5	50.7	58.6	63.7
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	110.0	109.4	108.8	109.1
	หญิง = 108.6	เซนติเมตร	109.4	108.7	108.2	108.5

*ข้อมูลรายงานจาก HDC ไตรมาสที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-4327 โทรสาร : 025904339 2. นางสาวราภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : wareethip.p@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-4327 โทรสาร : 025904339 2. นางสาวราภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : wareethip.p@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) คำนิยามเพิ่มเติม <ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับ 	

	<p>เด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

หมายเหตุ * ตัวชี้วัด Process ไม่ได้ใช้ประเมินผลลัพธ์ ใน ปี 2564 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 ที่ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health

	Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุป รายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่		
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก		
รายการข้อมูล 2	a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)		
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด		
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	รายงานข้อมูลทุกเดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
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
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุกวัน 2. นำผลการดำเนินงานในแต่ละเดือนรวมกัน เพื่อรายงานผล 3. การดึงข้อมูล ให้รอข้อมูลพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าหลังการติดตาม 45 วัน 		

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล คู่มือ DSPM (ปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวีดีโอ) คู่มือมิสนมแม่ คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ คู่มือผู้อำนวยการเล่น (Play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก 																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="528 495 1449 801"> <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>ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>80.7</td> <td>87.1</td> <td>90.4</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 61-62 คัดกรองในเด็ก 4 ช่วงอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน รวมกระตุ้นติดตาม ข้อมูล ปี 2563 (เดือน ต.ค.62 - ก.ค.63) ตั้งข้อมูล ณ 20 ก.ย. 2563</p>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	80.7	87.1	90.4
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	80.7	87.1	90.4														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ธีรชัย บุญยงสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5883088 ต่อ 3131 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 E-mail : teerboon@hotmail.com นางประภาพร จังพาณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904425 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : prapapon.j@anamai.mail.go.th 																	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นายสุทิน ปุณฺทริกภักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 588 3088 ต่อ 3111 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th นางสาวพรชนนต์ บุญคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 588 3088 ต่อ 4100 โทรศัพท์มือถือ : 086 359 6215 E-mail : phonchanet@hotmail.com นางสาวพิชชานันท์ ทองหล่อ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 588 3088 ต่อ 3112 โทรศัพท์มือถือ : 090 918 9835 E-mail : pichanun_tuan@hotmail.com 																	

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	<p>3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</p> <p>3.1 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</p> <p>3.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</p>			
	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ) และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p> <p>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64
				ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์

1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย
2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย
3. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา
4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย : เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ

เป้าหมายย่อย : เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เป้าหมาย : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ

เป้าหมายย่อย : ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 63 – 30 ก.ย. 64 ทั้งตัวตั้งและตัวหารยกเว้น กทม.ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ

แหล่งข้อมูล

เป้าหมาย : ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564

เป้าหมายย่อย :

ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-12 ดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด โดย

ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นแล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM ทั้งหมด ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP

ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัยใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP

	ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 13 ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ โดย ข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด และข้อมูลเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวม																																												
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง																																												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ																																												
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น																																												
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด																																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B) ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100																																												
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ทุก 5 ปี เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4																																												
<p>เกณฑ์การประเมิน : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</p> <p>: 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>ปี 2560 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</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>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2561 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</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>ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</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>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</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>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564 : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</p> <p>1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</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>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 50	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 55	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 60	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ร้อยละ 60	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ร้อยละ 30	ร้อยละ 45	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
-	-	-	ร้อยละ 50																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
-	-	-	ร้อยละ 55																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
-	-	-	ร้อยละ 60																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
-	-	-	ร้อยละ 60																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100																																										
ร้อยละ 30	ร้อยละ 45	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70																																										

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจากการรายงานผลในแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ																											
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต 																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 60%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">2561</th> <th style="width: 20%;">2562</th> <th style="width: 20%;">2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ <small>*หมายเหตุ ปี63 : อายุ 9,18,30,42,60 เดือน</small></td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">37.79 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 14 ก.ย.61)</small></td> <td style="text-align: center;">53.08 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 30 ก.ย.62)</small></td> <td style="text-align: center;">66.87* <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 31 ส.ค.63)</small></td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">58.15 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.61)</small></td> <td style="text-align: center;">38.25 <small>(ข้อมูล ณ 30 ส.ค.62)</small></td> <td style="text-align: center;">51.98 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.63)</small></td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	-	ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ <small>*หมายเหตุ ปี63 : อายุ 9,18,30,42,60 เดือน</small>	ร้อยละ	37.79 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 14 ก.ย.61)</small>	53.08 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 30 ก.ย.62)</small>	66.87* <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 31 ส.ค.63)</small>	ร้อยละของเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ	58.15 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.61)</small>	38.25 <small>(ข้อมูล ณ 30 ส.ค.62)</small>	51.98 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.63)</small>
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		2561	2562	2563																								
ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	-																								
ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ <small>*หมายเหตุ ปี63 : อายุ 9,18,30,42,60 เดือน</small>	ร้อยละ	37.79 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 14 ก.ย.61)</small>	53.08 <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 30 ก.ย.62)</small>	66.87* <small>(เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 31 ส.ค.63)</small>																								
ร้อยละของเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ	58.15 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.61)</small>	38.25 <small>(ข้อมูล ณ 30 ส.ค.62)</small>	51.98 <small>(ข้อมูล ณ 31 ส.ค.63)</small>																								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70902, 70305 โทรสาร : 02-2488903 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพพ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com 																											
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต																											

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail :janarpar@gmail.com กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
---	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย																				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																				
ชื่อตัวชี้วัด	4. 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 ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง)</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไป</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า - 2 S.D.</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>																				
เกณฑ์เป้าหมาย :																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อตัวชี้วัด</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>66</td> <td>66</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี</td> <td>-</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-เด็กชาย (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td></td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>-เด็กหญิง (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td></td> <td>155</td> </tr> </tbody> </table>		ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2563	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	66	68	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-		-เด็กชาย (เซนติเมตร)			154	-เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155
ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2563	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																		
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	66	68																		
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-																			
-เด็กชาย (เซนติเมตร)			154																		
-เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155																		
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี 2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน 																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : พื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 40.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 150.3 เซนติเมตร</p>																				

แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 9	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล 11	B3 = จำนวนเด็กชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 12	B4 = จำนวนเด็กหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะ ทุพโภชนาการโดยภาพรวม	$1. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน} = (A1/B1) \times 100$ $2. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม} = (A2/B1) \times 100$ $3. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน} = (A3/B1) \times 100$ $4. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย} = (A4/B1) \times 100$ $5. \text{ความครอบคลุม} = (B1/B2) \times 100$ $6. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี} = (A5 / B3)$ $7. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี} = (A6 / B4)$
ระยะเวลารายงาน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2563) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค. ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2564) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.

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
-	66	-	66

ปี 2565:

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

การกระจายค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายปี 2564
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 อุดรธานี	66
เขต 9 นครราชสีมา	68
เขต 10 อุบลราชธานี	69
เขต 11 นครศรีธรรมราช	67
เขต 12 ยะลา	64

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล :

1. จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
 - 1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่
 - 1.2 จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตามควบคุม กำกับและประเมินผลเป็นรายเดือน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม
 - เน้นเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและจัดการแก้ไขปัญหาทุกคน

	<ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ฯลฯ ภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพ เด็กวัยเรียน เน้นการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (รายละเอียดแนบท้าย) - จัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ และสุขอนามัย เช่น ส่งเสริมการบริโภคไข่ ต้มนมจืด ในวันโซโลก วันเด็กแห่งชาติ และวันต้มนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา สุขภาพช่องปาก ฯลฯ <p>1.3 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความ ครบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2563) พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดสวนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2564) พื้นที่ซึ่งนำหน้าก วัดสวนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>1.4 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียง กับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p> <p>2.2 รายงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html PDF :http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf 2. สื่อ NuPETHS Animation 3. คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนตามแนวคิด Active learning 4. แผ่นพับโภชนาการดี สูงดีสมส่วน 5. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย 6. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 7. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 8. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 9. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 10. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 11. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน 12. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับเด็กวัยเรียน

	<p>13. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น</p> <p>14. คู่มือ สมัครขอรับรางวัลองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทยสูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี</p> <p>15. สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ วิดีโอ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย : www.chopachipa.org http://dopah.anamai.moph.go.th/?page_id=78</p>																																					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="507 353 1465 987"> <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>เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>65.5</td> <td>61.5</td> <td>65.7</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>4.7</td> <td>5.1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>11.8</td> <td>13.6</td> <td>12.5</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>5.7</td> <td>8.9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2565</td> <td>เซนติเมตร</td> <td>-</td> <td>ชาย = 147.7 หญิง = 148.9</td> <td>ชาย = 148.7 หญิง = 149.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	ร้อยละ	65.5	61.5	65.7	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	4.7	5.1	4	เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.8	13.6	12.5	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.7	8.9	6	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2565	เซนติเมตร	-	ชาย = 147.7 หญิง = 148.9	ชาย = 148.7 หญิง = 149.8
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																				
		2561	2562	2563																																		
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	ร้อยละ	65.5	61.5	65.7																																		
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	4.7	5.1	4																																		
เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.8	13.6	12.5																																		
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.7	8.9	6																																		
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลที่ปี 2565	เซนติเมตร	-	ชาย = 147.7 หญิง = 148.9	ชาย = 148.7 หญิง = 149.8																																		
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวทิพรัตน์ คงสุวรรณ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : thiparadee@gmail.com</p> <p>2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>3. ดร.นภัสบงกช ศุภะพิชน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : suppich_2@hotmail.com</p> <p>4. นางสาวศิริณญา วัลภา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : Sirinya.w@anamai.mail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>																																					
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																																					
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com</p>																																					

	<p>2. นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : plafishy11@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>3. นางสาวศิริินญา วัลภา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : Sirinya.w@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>
--	--

A²IM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

เป้าหมาย ปี 2565 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68 ส่วนสูงเฉลี่ย อายุ 12 ปี เด็กชาย 154 ซม. เด็กหญิง 155 ซม.

Assessment

Intervention		Management
สูงดีสมส่วน : นำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง และมีส่วนสูงตามเกณฑ์	- เด็กวัยเรียนควรกินอาหารใน 1 วัน : •• ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี •• ผัก 4 ทัพพี/12 ช้อนกินข้าว • ผลไม้ 3 ส่วน •• เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว • นม 2-3 แก้ว	* ระดับประเทศ/กระทรวง - นโยบายส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน - มาตรการสนับสนุนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ - รณรงค์ : ตีฆ้องเจด 2 แก้วทุกวัน กินผัก 4 ช้อนกินข้าวทุกมื้อ แปรวันละ 2 ครั้ง ละ 2 นาที คุกกี้โดตไลต์แดนแลนสนุก จรู๊สติกเหนือหยอบอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน และตรวจสายตา - พัฒนารูปแบบทีม นิเทศ ติดตามและประเมินผล แบบบูรณาการร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม บัญชีเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่สำคัญ * ระดับจังหวัด/อำเภอ - พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง เด็กฟันผุ สายตาคิดปกติสู่ระบบบริการสุขภาพ - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน - พัฒนากาชาขับเคลื่อนและขยายผลงานเครือข่ายโรงเรียน * ระดับท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว - การจัดการสวส.ที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การแปร่งฟัน และ การตรวจสายตา - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยง โดยนักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน/ อสม.วัยเรียน/นปค. - พัฒนา HL โดยบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตรและพัฒนากระบวนการส่งเสริม HL ในเด็กให้มีประสิทธิภาพ
อ้วน : นำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากันมีโอกาสเกิดโรค NCDแทรกซ้อน	- ลดข้าว-แป้ง-น้ำตาล และไขมัน • ต้มนมรสจืด ไขมันต่ำ 2 แก้ว • กินอาหารที่มีแคลเซียมสูง • ลดการกินจุบจิบ ประเภททอด และของหวาน • กินผลไม้รสหวานน้อยเป็นอาหารว่างแทนขนมและเครื่องดื่มรสหวาน	
ผอม : นำหนักน้อยกว่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหาร	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น •• อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง • ต้มนม 2 แก้วทุกวัน •• กินไข่ 1-2 ฟอง • กินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้น : ทอด ผัด กะทิ •• เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง •• เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ	
เฉื่อย : ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กที่มีอายุเท่ากัน เด็กเติบโตไม่ดีขาดอาหารเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น • ต้มนม 2 แก้วทุกวัน • กินไข่ 1-2 ฟอง • เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ	
กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายปริมาณและสัดส่วน ตามคำแนะนำใน 1 วัน ลดการบริโภคน้ำตาล และการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหาร		
แปร่งฟันทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที เน้นก่อนนอน		
นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 9-11 ชม.ทุกวัน		
ส่งเสริมให้มีตรวจสายตาเด็กนักเรียน		
ส่งเสริมให้มีความรู้ เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต เช่น พัฒนาการทางเพศ และสุขอนามัยทางเพศ การดูแลรักษาความสะอาด และพฤติกรรมทางเพศ		

Advocacy

- Inform : องค์กรด้านอาหารและโภชนาการเด็กวัยเรียน สื่อสารสาธารณะ Key Message ฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนรายเขตสุขภาพ
- Mobilize community / partnership : การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย รัฐ เอกชน ท้องถิ่น นปค. อสม.วัยเรียน แกนนำนักเรียน มาตรการทางสังคมและชุมชน
- Invest : เขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต กองทุนสุขภาพตำบล ท้องถิ่น และภาคเอกชน

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี				
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน				
เกณฑ์เป้าหมาย : (อัตราต่อพัน)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 42	ไม่เกิน 40	ไม่เกิน 38	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 27
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย				
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
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	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (a/b) X 1,000				
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	A : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B : อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2562 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2562 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2562 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	AXB				
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 42	ไม่เกิน 42	ไม่เกิน 42	ไม่เกิน 42	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 40	ไม่เกิน 40	ไม่เกิน 40	ไม่เกิน 40	

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27

วิธีการประเมินผล :

ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ทุก 3 เดือน

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจาก ฐานทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อ ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	35.0	31.3	28.23*

* ข้อมูลจากระบบ HDC : อัตราคลอด 15-19 ปี (adjusted) ไตรมาส 3 ณ 16 ก.ย. 63

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด



- | | |
|---|--|
| <p>1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904168
โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167
โทรสาร : 02-5904163
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p> | <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339
E-mail : am-piyarat@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855
E-mail : phimonthicha@gmail.com</p> |
|---|--|

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

- | | |
|--|--|
| <p>1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167
โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4167
Email : poppysunko.j@gmail.com
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p> | <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855
E-mail : phimonthicha@gmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทรสาร 02-5904163</p> |
|--|--|

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

- | | |
|--|--|
| <p>1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167
โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4167
Email : poppysunko.j@gmail.com
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p> | <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855
E-mail : phimonthicha@gmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทรสาร 02-5904163</p> |
|--|--|

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan														
คำนิยาม	<p>1.ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วม ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2.แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนา เครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <div style="text-align: center;">   <p>สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ NEW.pdf</p> </div>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>85</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	50	60	70	80	85
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
50	60	70	80	85											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อวางแผนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการวางแผนการดูแลครบทุกมิติและรอบด้านเป็นรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับ ชุมชนที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อติดตาม/ประเมินระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง มีความสุข 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คัดกรองและประเมิน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : ตามความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ประเมินตามรอบ 9 และ 12 เดือน 2. จัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 โดยจัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มี ADL < 11) : 														

	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - มี Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพส.หรือ อสม. เข้าเยี่ยมและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan - พื้นหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) <p>ข้อมูลจากการดำเนินการจัดทำ Care Plan ประมวลผลและรายงานเข้าสู่ระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรม Long Term Care รายงานประจำเดือน กรมอนามัย - โปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - โปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 								
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง - Health KPI กระทรวงสาธารณสุข 								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน 								
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน 								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สูตรการคำนวณ : $\frac{A \times 100}{B}$</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564)</p> <p>รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เมษายน – กันยายน 2564)</p>								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<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>45</td> <td>-</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	45	-	50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	45	-	50						
ปี 2561:									
	<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>55</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	55	-	60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	55	-	60						
ปี 2562:									
	<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>65</td> <td>-</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	65	-	70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	65	-	70						
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>75</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	75	-	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	75	-	80						

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	83	-	85
<p>ทุกจังหวัดมีการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีแผนการขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย ADL - มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<p>ทุกจังหวัดมีการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 	<p>ทุกจังหวัดมีการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 83 	<p>ทุกจังหวัดมีการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุคณะกรรมการ Long Term Careเพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคล 4. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำเดือน 5. กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และHealth KPI กระทรวงสาธารณสุข 		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย / สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager/Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager/Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) 		

	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (3C) 																	
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="528 506 1425 842"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 20%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 70%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">2561</th> <th style="width: 20%;">2562</th> <th style="width: 20%;">2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.4 ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</td> <td>ร้อยละ</td> <td>88.90</td> <td>92.42</td> <td>89.56</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลร้อยละผลงาน จะสูง /ต่ำมีความแตกต่างกัน เนื่องจากขึ้นกับเงื่อนไขของการเก็บข้อมูล Care Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในปี2561 ตัวตั้งคือ Care Plan ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากอนุกรรมการ LTC แล้วจึงเก็บมาเป็นตัวตั้ง แล้ว ทหารด้วย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC - ในปี2562 เริ่มทำ Care Plan online ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ UC ซึ่งทำในระบบโปรแกรม Long Term Care เป็นตัวตั้งทั้งหมดแล้ว ทหารด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าร่วมโครงการ LTC และขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม Long Term Care - ในปี2563 ทำ Care Plan online ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ซึ่งทำในระบบโปรแกรม Long Term Care เป็นและตรวจสอบสิทธิ์จากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. ทั้งหมดแล้ว ทหารด้วยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC - ในปี2564 ทำ Care Plan online ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัยทุกสิทธิ ซึ่งทำในระบบ โปรแกรม Long Term Care และตรวจสอบสิทธิ์จากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. ทั้งหมดแล้ว ทหารด้วยผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัยทุกสิทธิ ที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด 					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	1.4 ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	88.90	92.42	89.56
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
1.4 ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	88.90	92.42	89.56														
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ – สกุล : นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904503 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>																	
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ชื่อ – สกุล : นางรัชณี บุญเรืองศรี ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904508 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>																	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล : กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
---	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	7. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 7.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 7.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์				
ตัวชี้วัดย่อยที่ 7.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) 4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	40	40	50	60	50

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน 																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในพื้นที่																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) 4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) 																
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ,สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม.) และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 13 4. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U) 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง 																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สูตรการคำนวณ</p> <p>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = $\frac{A \times 100}{B}$</p>																
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2563 – กรกฎาคม 2564																
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2560:</p> <table border="1" data-bbox="172 1704 1428 1816"> <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>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2561:</p> <table border="1" data-bbox="172 1872 1428 1984"> <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>40</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	40	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	40														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	-	-	40														

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่</p> <p>2. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้งาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน ในการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานระดับพื้นที่</p>	<p>1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 50</p> <p>2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 40</p> <p>3. มีการกำกับ ติดตาม และ เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 100</p> <p>2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 50</p> <p>3. มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่าน จัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย</p> <p>2. วางแผนดำเนินงานปีงบประมาณ 2565</p>



วิธีการประเมินผล :

คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน

เอกสารสนับสนุน :

1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ
3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว
4. คู่มือการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
4. เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
5. Application สมุดสุขภาพประชาชน (Health for You: H4U)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	54.4 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์กิตติ ลากสมบัติศิริ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904503 โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p> <p>2. นางวิมล บ้านพวน ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4793 โทรศัพท์มือถือ : 097 241 9729 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นางสาวจุฑาภักดิ์ เจนจิตร ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 091 768 6265 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวศตพร เททยานรงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 094 967 6888 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : sataporn.T@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : กลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <p>3. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวจุฑาภักดิ์ เจนจิตร ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 091 768 6265 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวศตพร เททยานรงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 094 967 6888 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : sataporn.T@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : กลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <p>3. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>				

ตัวชี้วัดย่อยที่ 7.2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <div style="text-align: center;">   <p>สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ NEW.pdf</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) 3. มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปศุสัตว์ การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น 4. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอครอบครัว /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม 6. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการขึ้นทะเบียน CM /CG /CP

	<p>- การรายงานผลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ผ่านการประเมินมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป เพื่อให้การประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation)</p>														
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	50	60	70	80	95
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
50	60	70	80	95											
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูด้านสุขภาพ จากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนและขับเคลื่อนการจัดบริการการดูแลด้านสาธารณสุขจากหน่วยบริการเชื่อมโยงถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทรและสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในหน่วยบริการ เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูและป้องกันในผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกคนตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล โดยภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ทุกภาคส่วน 														
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศ</p>														
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลการคัดกรอง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) - กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ประเมินตามรอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและคุณภาพของ Care Plan <p>ข้อมูลมีบริการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปโภค ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น <p>ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ตั้งแต่ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยจัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มี ADL < 11) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 														

	<ul style="list-style-type: none"> - มี Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าเยี่ยมและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตาม Care Plan - พื้นที่หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 								
แหล่งข้อมูล	แหล่งฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้น /อ้างอิง : <ul style="list-style-type: none"> - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) รายงานประจำเดือนกรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน (6 องค์ประกอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564)								
รายการข้อมูล 2 (ประเมินต่อเนื่องจากปี 2563 ตามองค์ประกอบใหม่ปี 2564)	A1 = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564								
รายการข้อมูล 3 (ประเมินเพื่อการรับรองซ้ำ (RE- Accreditation) กรณีผ่านการประเมินมาแล้วเกิน 3 ปี)	A2 = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี และขอรับการประเมินรับรองซ้ำ(RE-Accreditation) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ตามเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบ								
รายการข้อมูลที่ 4	B = จำนวนตำบลทั้งหมด								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ : $\frac{(A) \text{ หรือ } (A1) \text{ หรือ } (A2) \times 100}{B}$								
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2563 – เดือนมีนาคม 2564) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2564)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<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>30</td> <td>-</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	30	-	50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	30	-	50						
ปี 2561:									
	<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>50</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	50	-	60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	50	-	60						

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	60	-	70

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	70	-	80

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทุกจังหวัดมีแผนการขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ADL	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)	- มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)	- มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)	- มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)
- มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- มีผลการประเมินตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	- มีผลการประเมินตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93	- มีจำนวนตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95
- ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล			
- มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลคุณภาพในทุกพื้นที่			

วิธีการประเมินผล :

1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
2. จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน

	3. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบดีเด่น - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	71.59 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	83.9 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	92.78 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล : นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4503 โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668 โทรสาร : 0 2590 4501 E-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล : นางรัชณี บุญเรืองศรี ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4508 โทรศัพท์มือถือ : 099 616 5396 โทรสาร : 0 2590 4501 E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล : กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4499 โทรสาร : 0 2590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนงานที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	8. ร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 8.1 ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ 8.2 ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป		
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน หมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีระบบการคัดกรอง หรือ รับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening) • มีการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย 2 จาก 9 เรื่อง • มีระบบการดูแลรักษา กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย 2 จาก 9 เรื่อง • กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุคือ 1. ด้านความคิดความจำ 2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 3. ด้านการขาดสารอาหาร 4. ด้านการมองเห็น 5. ด้านการได้ยิน 6. ด้านภาวะซึมเศร้า 7. ด้านการกลืนปัสสาวะ 8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ 9. ช่องปาก • มีคู่มือการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ และ ปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ ไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก • มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม <p>คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุขึ้นเป็นการเฉพาะ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ ในระดับ 20 คะแนนขึ้นไป</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ระดับคุณภาพ $\geq 30\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 40\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 50\%$
	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์		

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไปที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไปที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M2 ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัดระดับคุณภาพ	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ (B/C) × 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป (A+B)/C × 100
ระยะเวลาประเมินผล	1. โรงพยาบาลเป้าหมายประเมินตนเอง ไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ 2. คณะประเมิน ทำการประเมิน ไตรมาสที่ 3 - 4 ของปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับคุณภาพ	-	ระดับคุณภาพ ≥ 25%	-	ระดับคุณภาพ ≥ 30%
ระดับพื้นฐาน	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป ≥ 75%	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%

ปี 2565:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับคุณภาพ	*	ระดับคุณภาพ ≥ 35%	*	ระดับคุณภาพ ≥ 40%
ระดับพื้นฐาน	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%

ปี 2566:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับคุณภาพ	-	ระดับคุณภาพ ≥ 45%	-	ระดับคุณภาพ ≥ 50%
ระดับพื้นฐาน	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%

Small Success ปี 2564

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	เดือน
<ul style="list-style-type: none"> • การจัดทำคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ • การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website • อบรมแนวทางการดำเนินงานและการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาลเป้าหมายทำการประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • คณะประเมินทำการประเมินโรงพยาบาลเป้าหมาย โดยผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ • สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2564 • จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการประเมินตามคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. ทำการประเมินโดยคณะประเมินจากอีกจังหวัดหนึ่งในเขตบริการสุขภาพเดียวกัน
---------------------------	---

	3. เป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website http://agingthai.dms.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ร้อยละ	-	-	-
	หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกันต์ บุนนาค นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 ต่อ 819 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 1110 โทรสาร : 0 2591 8277 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 6211 ต่อ 823 เบอร์มือถือ 08 4653 3443 E-mail: fasai7sky@yahoo.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 3. นางสาวปณิตา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 818 เบอร์มือถือ 09 3321 5288 E-mail: pani_tangmo@hotmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 4. นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ ผู้ช่วยนักวิจัย เบอร์โทรศัพท์. 0 2590 6211 ต่อ 816 เบอร์มือถือ 09 0956 5597 E-mail: chalang2012@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 - 13				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายพินิจ เอิบอิม นักวิเคราะห์นโยบายและ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6211 โทรศัพท์มือถือ : 08 4681 1567 โทรสาร : 0 2591 8277 E-mail : piniterbim@gmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. 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 $>12,000$ /mm³, <4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ต่ำบวม)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			ดีสมบูรณ์ กระตุ้นกระตุ้น มีทั้งสติ	เห็นสติ หูดรู้นึก	ซึม แต่เรียกแล้วตื่น ตาขมัวสติ	ซึมมาก ต้องกระตุ้น ชีจรักษา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
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
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Criteria	Point Value
Heart rate (beats per minute)	

<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

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

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

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

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

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

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร				
ระดับการแสดงผล	ศูนย์อนามัย และประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	9. จำนวนครอบครัวที่มีความรอบรู้สุขภาพ				
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่แสดงออกมาของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกายและจิตได้อย่างเหมาะสม 2. การเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ประชาชนรู้แหล่งข้อมูล ความรู้ และสถานที่ และสามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 3. การเข้าใจข้อมูล ความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ประชาชนเข้าใจความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตีความจากข้อมูลได้ถูกต้อง อธิบายเหตุผลความจำเป็นของการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองได้ เข้าใจขั้นตอนและปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง สามารถบอกได้ว่าจะนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างไร และสามารถชี้แจงหรืออธิบายให้คนอื่นเข้าใจได้ 4. การประเมินข้อมูล ความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ประชาชนบอกได้ถูกต้องว่าข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง บอกได้ว่าการดูแลสุขภาพใดที่ตนเองควรได้รับ และสามารถร่วมแลกเปลี่ยนความเห็นและตอบโต้ซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุขและคนอื่นๆได้ 5. การปรับใช้ข้อมูล ความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ประชาชนตัดสินใจหรือร่วมตัดสินใจบนฐานข้อมูลและความรู้ที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเพียงพอ สำหรับการเข้าร่วมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง 6. ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันมีสายสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกัน 7. ผู้ลงทะเบียน หมายถึง ตัวแทนของครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและดำเนินการกรอกข้อมูลเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบโครงการ 10 Packages 8. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนโครงการ 10 Packages 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	-	5,000,000 ครอบครัว	-
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพซึ่งผ่านการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และตัดสินใจเข้าร่วมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง 2. เพื่อยกระดับคุณภาพของการบริการข้อมูลและการดูแลสุขภาพให้เอื้อต่อการเข้าถึงและเข้าใจอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ และตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้จัดและผู้เข้าร่วมการดูแลสุขภาพ 3. เพื่อสร้างความตระหนัก กระตุ้น และเสริมสร้างทักษะแก่ประชากรไทยในการดูแลสุขภาพของตนเองเชิงรุก ด้วยการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จำเป็น 				

	ประเมินความเหมาะสมของข้อมูลและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานะของตนเอง และร่วมตัดสินใจเลือกรับการดูแลสุขภาพ		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกคน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การลงทะเบียนในระบบโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงานสุขภาพดีในสถานประกอบการ(10 Packages)		
แหล่งข้อมูล	การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงานสุขภาพดีในสถานประกอบการ (10 Packages)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน		
รายการข้อมูล 2	-		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	1 ปี		
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
-	-	-	-
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1,250,000 ครอบครัว	2,500,000 ครอบครัว	3,750,000 ครอบครัว	5,000,000 ครอบครัว
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	10,000,000 ครอบครัว

เป้าหมายจำนวน 2564

ลำดับที่	ศูนย์อนามัยที่	จำนวนผู้ประกันตน	เป้าหมายปี 2564 (ราย)
1	ศูนย์อนามัยที่ 1	469,988	234,994
2	ศูนย์อนามัยที่ 2	169,728	84,864
3	ศูนย์อนามัยที่ 3	136,420	68,210
4	ศูนย์อนามัยที่ 4	2,422,755	1,211,377.5
5	ศูนย์อนามัยที่ 5	1,057,592	528,796
6	ศูนย์อนามัยที่ 6	2,346,487	1,173,244
7	ศูนย์อนามัยที่ 7	229,465	114,732.5
8	ศูนย์อนามัยที่ 8	180,141	90,070.5
9	ศูนย์อนามัยที่ 9	361,617	180,808.5
10	ศูนย์อนามัยที่ 10	144,286	72,143
11	ศูนย์อนามัยที่ 11	299,031	149,515.5
12	ศูนย์อนามัยที่ 12	326,047	163,023.5
13	สสม.	222,4742	111,2371
รวมทั้งหมด		10,368,299	5,000,000

(* อ้างอิงจากข้อมูล. สำนักงานประกันสังคม เดือนสิงหาคม 2563: สืบค้นเมื่อ กันยายน 2563)

วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการลงทะเบียนจากแบบรายงานศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม.				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages แผ่นพับ 10 Packages ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุขในสถานประกอบการ https://www.cgtoolbook.com 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ครอบครัว	2561	2562	2563
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล นางพรเลขา บรรหารศุภวาท ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 081-8700012 โทรสาร : - E-mail : pontakha.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ - สกุล น.ส.กมลนิตย์ มาลัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : - E-mail: kamolnit.m@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล นางพรเลขา บรรหารศุภวาท ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 081-8700012 โทรสาร : - E-mail : ponlakha.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
---	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการ	3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง <p>(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 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 2564					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด 2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง	1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต	1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 75 2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้านคน	
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน 3.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง 4.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน				

	5.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต				
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 50.7 (445อำเภอ)	ร้อยละ 66.28 (582อำเภอ)	ร้อยละ 71.41 (627อำเภอ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรสาร :02 590 1937		ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 E-mail : swiriya04@yahoo.com		
	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรสาร : 02 590 1937		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 E-mail : peed.pr@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรสาร : 02 590 1937		รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 E-mail : peed.pr@hotmail.com		
	2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901933 โทรสาร :02-5901937		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0863541961 E-mail : auam.moph@gmail.com		
	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้าน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร 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 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกันเป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมในทุกประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิต	การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการ พชอ. หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ
Customer Focus	มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการ ของประชาชน กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และพัฒนารับรู้ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมาบูรณาการกับระบบต่างๆ จนทำให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เชื่อมมัน ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วม	ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคีภาค ส่วน</u> มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการในการ <u>พัฒนาคุณภาพชีวิต</u> ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ</u> และมีการขยายวงได้ <u>ค่อนข้าง ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา <u>คุณภาพชีวิต</u> และมีการ <u>ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ</u> มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วม <u>ดำเนินการ อย่างครบวงจร</u> รวมทั้งการ ประเมินผล จน <u>ร่วม เป็นเจ้าของ</u> การดำเนินงานพัฒนา <u>คุณภาพชีวิต</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการ <u>ดูแล พัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ</u> ของคณะกรรมการ พชอ.	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความ <u>พึงพอใจ</u> ของบุคลากร เพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความ <u>พึงพอใจ (engagement) ของ คณะกรรมการ พชอ.ให้ สอดคล้องกับบริบทของ พื้นที่</u>	คณะกรรมการ พชอ. มีการเรียนรู้ <u>ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ คณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> คณะกรรมการ พชอ. มีความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า และเกิดความผูกพัน</u> ในงานร่วมกัน	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พชอ.มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วย <u>ความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้</u>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนา คณะกรรมการ พขอ ร่วมกัน เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนา คณะกรรมการพขอ. ร่วมกัน ในบาง ประเด็น หรือบาง ระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาคณะกรรมการ ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย ของคณะกรรมการ พขอ. (ไม่มีกำแพง กั้น) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหา มาก	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ครอบคลุม	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต แบบ บูรณาการร่วมกับ ประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง	<i>Essential Care</i> หมายถึง การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของ คณะกรรมการ พขอ.

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	11.ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
คำนิยาม	<p>1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ</p> <p>1) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย</p> <p>1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)</p> <p>1.2 ความสำเร็จของจังหวัดในการดำเนินงานและประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด คือ</p> <p>หมวดที่ 1 : บริบท</p> <p>หมวดที่ 2 : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน</p> <p>หมวดที่ 3 : กรอบโครงสร้างการทำงาน</p> <p>หมวดที่ 4 : ระบบข้อมูล</p> <p>หมวดที่ 5 : Critical Information</p> <p>หมวดที่ 6 : Incident management and response</p> <p>หมวดที่ 7 : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย</p> <p>หมวดที่ 8 : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS)</p> <p>หมวดที่ 9 : Coordination and logistical support of field operations</p> <p>หมวดที่ 10 : Training, Exercise and Evaluation</p> <p>2) จังหวัดมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยทุกจังหวัดมีแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้า สำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพที่จำเพาะ แผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ้อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ดังนี้</p> <p>2.1 แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยจากโรคติดเชื้อ (Biological Event) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และดำเนินการฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 1 ครั้ง (ภายในไตรมาสที่ 1 ตาม House Model Quick win) พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว</p> <p>2.2 แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน อาทิ (ภัยจากสารเคมี (Chemical Event) ภัยจากรังสี (Radiological Event) ภัยจากธรรมชาติ(Natural /Environment /Disaster Event) และภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ และการก่อการร้าย/วินาศกรรม (Explosion / Trauma Event)) โดยจังหวัดต้องวิเคราะห์และระบุความเสี่ยง ผลกระทบทางด้านภัยสุขภาพจากสารอันตรายที่เคยเกิดขึ้นในพื้นที่หรือภัยมีความเสี่ยงสูงสุดและดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว</p>

- 3) จังหวัดประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตาม House model COVID-19 ได้แก่
- มีทีม CDCU
 - มีห้องปฏิบัติการคุณภาพ
 - มีระบบ Quarantine คุณภาพ
 - ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างมีคุณภาพ
 - ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ DMH ในเกณฑ์ที่พึงประสงค์
2. **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19)** หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก
3. **โรคและภัยสุขภาพ** ภัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประกอบด้วย 5 ชนิด คือ ภัยจากโรคติดเชื้อ (Biological Event) ภัยจากสารเคมี (Chemical Event) ภัยจากรังสี (Radiological Event) ภัยจากธรรมชาติ (Natural/Environment/Disaster Event) และภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ และการก่อการร้าย/วินาศกรรม (Explosion / Trauma Event)
4. **หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่ม 3 เท่า (surge capacity)** หมายถึง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มจาก 1 ทีมต่ออำเภอ เป็น 3 ทีมต่ออำเภอ
5. **ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน** หมายถึง จำนวนห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน
- ยกเว้น**
- 1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน
 - 2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละมากๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ
6. **ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (St B Su D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) ได้แก่ ภาวะเครียด (stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) และภาวะซึมเศร้า (depress) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหาคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) ภายใต้กรอบการดำเนินงานระยะสั้นของแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563-2564 โดยวิเคราะห์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสมาชิกในครอบครัว ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) และกลุ่มเปราะบางทางสังคม ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ว่าจะดำเนินไปเป็น 3 ระยะ ในทุกระลอกของการระบาด ได้แก่
- ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - ระยะที่ 2 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด
 - ระยะที่ 3 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหาผ่านระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต ตลอดจนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทางออนไลน์

โทรศัพท์ หรือผ่าน Application ต่างๆ ที่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง

7. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด หมายถึง สถานที่เอกเทศทุกประเภทที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัสหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะทำงานด้านวิชาการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

8. ประชาชนสวมหน้ากาก หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	-	-	ร้อยละ 100 (77 จังหวัด)	ร้อยละ 100 (77 จังหวัด)

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 76 จังหวัด กรุงเทพมหานคร และจากกรมวิชาการต่างๆ
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้แก่</p> <p>1) ข้อมูลโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) ตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2) ข้อมูลการดำเนินงานของจังหวัด โดยจังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019) ผ่านทางเว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/ddce/newspic.php หรือ เว็บไซต์กองสาธารณสุขฉุกเฉิน website: https://pher.moph.go.th/wordpress/8-5-63/ ซึ่งทางกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p> <p>3) แผนเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงมีการซ้อมแผนภายในไตรมาสที่ 1 และมีการทบทวนแผนเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุที่มีประสิทธิภาพ โดยรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ซึ่งกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>4) แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดซึ่งกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>5) จังหวัดดำเนินงานตาม House model COVID-19 และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะประสานหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องระดับกระทรวงฯ เพื่อรวบรวมข้อมูล ได้แก่</p>

	<p>5.1 กรมควบคุมโรค:</p> <p>5.1.1 กองระบาดวิทยา และสำนักงานเลขาธิการ พ.ร.บ.โรคติดต่อ กองโรคติดต่อทั่วไป (ส่วนกลาง: กองระบาดวิทยาและกองโรคติดต่อทั่วไป, จังหวัด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)</p> <p>5.1.1.1 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่ม 3 เท่า ใช้แหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ Implementation Monitoring System กรมควบคุมโรค (https://ims.ddc.moph.go.th/index.php)</p> <p>5.1.2 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>5.1.2.1 ข้อมูลผลการตรวจเยี่ยมและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินการกิจการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>5.2 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์:</p> <p>5.2.1 ระบบ CO-LAB</p> <p>5.2.2 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (หลัก)</p> <p>5.2.3 กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม</p> <p>5.2.4 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่ง</p> <p>5.3 กรมอนามัย:</p> <p>ศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตและสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ร่วมกันดำเนินการสำรวจพฤติกรรมกรรมกรสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยของประชาชนผ่านระบบออนไลน์</p> <p>5.4 กรมสุขภาพจิต:</p> <p>ทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตสุขภาพเดียวกัน ร่วมกันดำเนินการและสรุปรายงานผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือและติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19)</p>																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัด ที่ดำเนินการครบ 4 ขั้นตอน จากวิธีการประเมินผล																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด 77 จังหวัด																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 – 4																		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 1420 507 1543">ที่</th> <th data-bbox="507 1420 1115 1543">เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="1115 1420 1201 1543">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="1201 1420 1287 1543">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="1287 1420 1374 1543">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1374 1420 1460 1543">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 1543 507 1800">1</td> <td data-bbox="507 1543 1115 1800">การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)</td> <td data-bbox="1115 1543 1201 1800">√</td> <td data-bbox="1201 1543 1287 1800"></td> <td data-bbox="1287 1543 1374 1800"></td> <td data-bbox="1374 1543 1460 1800"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1800 507 2056">2</td> <td data-bbox="507 1800 1115 2056">จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019</td> <td data-bbox="1115 1800 1201 2056">√</td> <td data-bbox="1201 1800 1287 2056"></td> <td data-bbox="1287 1800 1374 2056"></td> <td data-bbox="1374 1800 1460 2056"></td> </tr> </tbody> </table>	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)	√				2	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019	√			
ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)	√																	
2	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019	√																	

	3	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด		✓	✓	✓	
	4	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น					
	4.1	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพิ่ม 3 เท่า	✓				
	4.2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	✓				
	4.3	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 30	✓				
	4.4	ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด	✓				
	4.5	ประชาชนสมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 85	✓	✓	✓	✓	
	จังหวัด : รอบ 3 เดือน						
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1.	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)	โครงสร้างมาตรฐานเดียวกับ สธ.	มีการปรับปรุง (Update)	ประเมินครบ 5 หมวด	ประเมินครบ 8 หมวด	ประเมินครบ 10 หมวด
	2.	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ประเมินศักยภาพระดับพื้นที่	ระบุกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด	มีแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกิจกรรมที่มีความเสี่ยง	ฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการที่เตรียมไว้	มีการทบทวนหลังซ้อมแผน
	3.	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น					
	3.1	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	-	1 ทีม	-	2 ทีม	≥ 3ทีม
	3.2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	-	-	มากกว่า 3 วัน	มากกว่า 1 - 3 วัน	ภายใน 1 วัน

	3.3	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
	3.4	จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	-	-	ประเมินและจัดตั้งสถานที่กักกันฯ	ติดตามประเมินสถานที่กักกันฯ รอบ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 50	ติดตามประเมินสถานที่กักกันฯ รอบ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกหมวด
จังหวัด : รอบ 6, 9 และ 12 เดือน							
	ที่	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
			คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
	1	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็น การตอบสนองต่อเหตุการณ์ใน ระดับจังหวัด	ประเมิน ความเสี่ยง	ระบุความเสี่ยงที่สำคัญ สูงสุด	มีแผน ปฏิบัติ การเพื่อ รองรับ กิจกรรมที่ มีความเสี่ยง	ฝึกซ้อม แผน ตาม แผนปฏิบัติ การที่ เตรียมไว้	มีการ ทบทวน หลังซ้อม แผน
	2	ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือ หน้ากากอนามัย	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการ ประเมินผล				
	1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนา ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)	1.1 ผังโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) และระบุบุคคลและแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกองกรกิจ 1.2 รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools				
	2	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3. สรุปผลการทบทวนแผนฯ				

3	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด	1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 3. สรุปผลการทบทวนแผนฯ
4	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น หมายเหตุ : จังหวัดรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก	รายงานผลการดำเนินงาน ใน 5 ประเด็น ได้แก่ 4.1 ดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม : คำสั่งแต่งตั้ง CDCU 4.2 ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน : รายงานผลจากระบบ CO-LAB 4.3 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต : รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์มกรมสุขภาพจิต 4.4 จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด : รายงานจำนวนสถานที่ในการกักกันฯ ที่ผ่านการรับรอง 4.5 ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย : รายงานผลการสำรวจผ่านระบบออนไลน์

จังหวัด :

ที่	รายละเอียดการดำเนินการ	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบเก็บข้อมูล
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 โครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019)	จังหวัดประเมินตนเอง	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.สธ.
2	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จังหวัดประเมินตนเอง	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.สธ.

	3	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด	จังหวัดประเมินตนเอง	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.สธ.
	4	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น		
	4.1	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	สำรวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) และตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU)	กองระบาดวิทยา / สำนักงานเลขานุการฯ กรม คร.
	4.2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการส่งรายงานสรุปให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรม วพ.
	4.3	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รายงาน ดังนี้ 1. ทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19) 2. สรุปภาพรวมการดำเนินการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่องประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 4 ประเด็น 3. สรุปการพัฒนาศักยภาพและส่งรายงานประเมินผล รอบครึ่งปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 /กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรม สจ.
	4.4	จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	จังหวัดประเมินตนเอง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 กรมควบคุมโรค กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรม คร.
	4.5	ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	สำรวจผ่านระบบออนไลน์	ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 			

	<p>4) เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&deptcode=ddcen หรือ เว็บไซต์กองสาธารณสุขฉุกเฉิน website: https://pher.moph.go.th/wordpress/8-5-63/</p> <p>5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>6) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558</p> <p>7) แบบประเมิน EOC Assessment Tool</p> <p>8) แนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine Facilities) Website กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_quarantine.php</p> <p>9) คู่มือการใช้งานระบบ CO-Lab</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ	-	-	ระดับ 5 (43 จังหวัด)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901771 โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771</p> <p>2. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (กสธฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7872 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : p.sarathetp@gmail.com</p> <p>กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (ครฉ.) กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885</p> <p>2. นายแพทย์เจษฎา ธนกิจเจริญกุล นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5903238 โทรศัพท์มือถือ : 094195 4253 โทรสาร : 02590 3238 E-mail : jessada.tha@gmail.com</p> <p>3. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903238 โทรศัพท์มือถือ : 0865694886 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : rattapong.b.@gmail.com</p> <p>4. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791 โทรสาร : 02-588 3767 E-mail : un_run@yahoo.com</p> <p>5. นางสุธิดา วรโชติธนน กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3246 โทรศัพท์มือถือ : 095 530 1628 โทรสาร : 0 2588 3767 E-mail : pheplan2018@gmail.com</p> <p>กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3845 E-mail :</p>
-------------------------------	---

	<p>2. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>1. นางสาวฉัตรทิพย์ เครือหงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 โทรสาร : -</p> <p>2. นางสาวเพ็ญพิชชา ถาวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 โทรสาร : -</p> <p>กรมอนามัย</p> <p>1. นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4121-2 โทรสาร : 0 2590 4463</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p> <p>1. ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 207 ต่อ 55207 โทรสาร : -</p> <p>2. นางสาวทิพย์ภาภร พงศ์สุภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรสาร : -</p>	<p>กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com</p> <p>นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chattip.k@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : penpitcha.t@dmsc.mail.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 091 890 4608 E-mail : ekachaipien@hotmail.com</p> <p>กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p>
<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสุรีรัตน์ ใจดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>2. นายสกล ลิจุติภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901771 โทรสาร : 02590 1771</p> <p>3. นางสาวเบญจมาศ นิลศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901353 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>4.นางสาวพนิดา นานอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901353 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>5. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>6. นางสาววรรัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 E-mail : sureeratdee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 086 032 3860 E-mail : -</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 435 0039 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p>

	<p>7. นางสาวกษมา นั้บถื่อดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903246 โทรสาร : 02-590 3246</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ครณ.) โทรศัพท์มือถือ : 084 527 0939 E-mail : pheplan2018@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส.ณัฐชญา น้อยยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901771 ต่อ 910 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>2. นายสุบรรณ สิงห์โต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1935 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>3. น.ส.วิศรา มงคลตระกูลสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771ต่อ 906 โทรสาร : 02-590 1771</p> <p>4. น.ส.ปริดดา แก้วเกษศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901771 ต่อ 906 โทรสาร : 02-590 1771</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 0888948600 E-mail : natchaya.n58@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 087 254 5261 E-mail : tumsingto23@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 0875390753 E-mail : waritsara_aoom@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธฉ.) โทรศัพท์มือถือ : 0852463990 E-mail : purida.kaew@gmail.com</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง 12.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน 12.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง																
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	<p>12.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ 200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)</p>																
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>\geqร้อยละ 30</td> <td>\geqร้อยละ 60</td> <td>\geqร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	-	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 65
ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565												
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	-	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 65												
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud																
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน																

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564							
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	-	≥ร้อยละ 15	≥ร้อยละ 45	≥ร้อยละ 60			
วิธีการประเมินผล :	<p>A: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - แฟ้ม NCDScreen.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) หรือ - แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) <p>B: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl - BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 200 mg/dl 						
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
			2559	2560	2561	2562	2563
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	-	-	59.18
	ที่มา:รายงานจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 13 สิงหาคม 2563						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3982 โทรสาร : 0 2590 3973</p> <p>2.แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3964</p> <p>3.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893</p>		<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867</p>		<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ :</p>				

	โทรสาร : 0 2590 3893 2. นางสาววิรัชญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 4. นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 5. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3887 โทรสาร : 0 2590 3893	E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmy2343@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rukmoei@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com																
คำนิยาม (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	12.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว																	
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ร้อยละ 52</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> <td>≥ร้อยละ 75</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	≥ร้อยละ 52	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75					
ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565													
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	≥ร้อยละ 52	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75													
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย)																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกรายงานโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC																	
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณ ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	

ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
-------------------	----------

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* B : กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>* A : กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง 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><u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน</u></p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563</p> <p>2. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563</p>
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
			2559	2560	2561	2562	2563
	ร้อยละการตรวจติดตาม กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	-	-	68

ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 13 สิงหาคม 2563

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893</p> <p>2. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893</p>	<p>ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com</p>
--	--	---

	3.นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ มาตรการชุมชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3892 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและ โทรศัพท์มือถือ : 08 1820 1894 E-mail : auttakiat@yahoo.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ มาตรการชุมชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3892 โทรสาร : 0 2590 3893 2.นางสาวสุธาทิพย์ ภัทรกุลวณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3892 โทรสาร : 0 2590 3893 3.นายกัญชล พล ทับหูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3892 โทรสาร : 0 2590 3893 4. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3887 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยาและ โทรศัพท์มือถือ : 08 1820 1894 E-mail : auttakiat@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : suthathip.ncd@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kanthabhon@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	13. จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่
คำนิยาม	โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่ หมายถึง โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ๗ โรค ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ อย่างน้อย 1 โรค การขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-	-	-	-	76 จังหวัด (ไม่รวม กทม.)

วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด เกษตรจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัย สำนักงานแรงงานจังหวัด กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามประเด็นที่กำหนดในนิยาม
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 - 4)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับส่วนกลาง - จัดประชุมเพื่อชี้แจง แนวทางการขับเคลื่อน มาตรการลดโรคและภัย สุขภาพจากการประกอบอาชีพ	ระดับส่วนกลาง - พัฒนาศักยภาพ ทีม เลขานุการ (สสจ.) คณะกรรมการควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและ	ระดับส่วนกลาง - สนับสนุนการขับเคลื่อน การดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (มาตรการลดโรค และภัยสุขภาพจากการ	ระดับส่วนกลาง - วิเคราะห์ รายงาน และติดตาม ประเมินผลใน

	<p>และสิ่งแวดล้อม ภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ พ.ศ. 2562</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนหน่วยงานเครือข่ายจังหวัด เพื่อร่วมชี้แจงถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 - จังหวัดมีการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นที่กำหนดในนิยาม 	<p>โรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด พนักงานเจ้าหน้าที่ และหน่วยปฏิบัติการ ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการดำเนินงานหน่วยงานเครือข่าย - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ) <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และหน่วยปฏิบัติการ - จัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการลดโรคและ ภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด - ดำเนินการขับเคลื่อนการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ ผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด - เสนอคำสั่งให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ลงนาม เพื่อแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 	<p>ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมมีการดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.ฯ - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน รอบ 9 เดือน <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการขับเคลื่อน มาตรการลดโรคและ ภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด - หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 	<p>ภาพรวมของ ประเทศ</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีสรุปรายงานผลการดำเนินงานรายจังหวัด - มีสรุปผลการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและ ภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นที่กำหนดในนิยาม 	
--	---	--	--	--	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
คำนิยาม	<p>ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) 5 ขั้นตอน ผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง 5 ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน</p> <p>ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชนในเขตเมือง ตามเขตปกครอง</p> <p>เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย 2. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 3. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 หมายถึง จำนวนชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” อย่างน้อย 76 ชุมชน ทั่วประเทศ (ดำเนินงานจังหวัดละ 2 ชุมชน ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ชุมชน)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง วัยเด็ก วัยรุ่น/วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ (Type 1 และ 3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จำนวนชุมชนทั้งหมดของแต่ละจังหวัดที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” วิธีการจัดเก็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงาน (เอกสารแนบ 1) จัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมรายชื่อพร้อมด้วยแบบรายงานชุมชนที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ทั้งหมด ตามแบบรายงาน (เอกสารแนบ 2) ส่งให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต รวบรวมส่งให้กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค <p>จำนวนชุมชนของแต่ละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” วิธีการจัดเก็บ</p>

	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ประเมินผลตามเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ส่งให้กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพื่อรวบรวมและสรุปผลการดำเนินงาน ในภาพรวมประเทศเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข การประมวลผลตัวชี้วัด โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต, และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนชุมชนของแต่ละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนชุมชนทั้งหมดของแต่ละจังหวัดที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาติดตาม และประเมินผล	6 เดือน และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผน กำหนดมาตรการ การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ตามกลุ่มวัย	มีการจัดทำ แผนงาน/โครงการ แบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม แผนงาน/โครงการ เพื่อจัดการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	มีการติดตาม ประเมินผล และ ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป	ร้อยละชุมชนผ่าน เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน 2. แนวทางชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข/ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4. แบบรายงานผลการดำเนินงาน <p>หมายเหตุ: ดาวโหลดเอกสารทาง www.ddc.moph.go.th/dncd/, www.facebook.com/thaincd</p>
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Base line Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ชุมชนที่มีการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com
--	--	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	15. ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน				
คำนิยาม	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น</p> <p>หมายเหตุ : จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	-	ร้อยละ 100 (76 จังหวัด และ กทม.)	ร้อยละ 100 (76 จังหวัด และ กทม.)	ร้อยละ 100 (76 จังหวัด และ กทม.)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา จำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน (ฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค)				
แหล่งข้อมูล	กรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค, โปรแกรม JIT, obreport2020@gmail.com				
รายการข้อมูล 1	จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน				
รายการข้อมูล 2	จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน				

	<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน</p> <p>B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด</p> <p>ระดับประเทศ : จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน</p> <p>B = จำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด</p>																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4																			
เกณฑ์การประเมิน :	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 741 480 887">ที่</th> <th data-bbox="480 741 1118 887">เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="1118 741 1214 887">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="1214 741 1302 887">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="1302 741 1390 887">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1390 741 1508 887">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 887 480 1032">1</td> <td data-bbox="480 887 1118 1032">ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน</td> <td data-bbox="1118 887 1214 1032">✓</td> <td data-bbox="1214 887 1302 1032">✓</td> <td data-bbox="1302 887 1390 1032">✓</td> <td data-bbox="1390 887 1508 1032">✓</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	✓	✓	✓	✓							
ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
1	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	✓	✓	✓	✓															
จังหวัด : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 1093 480 1193">ที่</th> <th data-bbox="480 1093 807 1193">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="807 1093 943 1193">1 คะแนน</th> <th data-bbox="943 1093 1078 1193">2 คะแนน</th> <th data-bbox="1078 1093 1214 1193">3 คะแนน</th> <th data-bbox="1214 1093 1350 1193">4 คะแนน</th> <th data-bbox="1350 1093 1508 1193">5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 1193 480 1435">1</td> <td data-bbox="480 1193 807 1435">ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน</td> <td data-bbox="807 1193 943 1435">ร้อยละ 60</td> <td data-bbox="943 1193 1078 1435">ร้อยละ 70</td> <td data-bbox="1078 1193 1214 1435">ร้อยละ 80</td> <td data-bbox="1214 1193 1350 1435">ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="1350 1193 1508 1435">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน														
1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100														
ประเทศ : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 1496 480 1659">ที่</th> <th data-bbox="480 1496 807 1659">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="807 1496 943 1659">1 คะแนน</th> <th data-bbox="943 1496 1078 1659">2 คะแนน</th> <th data-bbox="1078 1496 1214 1659">3 คะแนน</th> <th data-bbox="1214 1496 1350 1659">4 คะแนน</th> <th data-bbox="1350 1496 1508 1659">5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 1659 480 1953">1</td> <td data-bbox="480 1659 807 1953">จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน</td> <td data-bbox="807 1659 943 1953">55 จังหวัด</td> <td data-bbox="943 1659 1078 1953">60 จังหวัด</td> <td data-bbox="1078 1659 1214 1953">65 จังหวัด</td> <td data-bbox="1214 1659 1350 1953">70 จังหวัด</td> <td data-bbox="1350 1659 1508 1953">(76 จังหวัด และ กทม.)</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	55 จังหวัด	60 จังหวัด	65 จังหวัด	70 จังหวัด	(76 จังหวัด และ กทม.)						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน														
1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	55 จังหวัด	60 จังหวัด	65 จังหวัด	70 จังหวัด	(76 จังหวัด และ กทม.)														

วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :			
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค	- สสจ. - สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)/ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)
	ประเทศ :			
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
	1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค	กองระบาดวิทยา กรม คร.
	หมายเหตุ : จังหวัดไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดภายในจังหวัด การประเมินให้ได้คะแนนระดับ 5 คะแนน			
เอกสารสนับสนุน :				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน	จังหวัด	ตัวชี้วัดใหม่ 2564	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845</p> <p>ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 716 8365 E-mail : -</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845</p> <p>2. นางภคินี สิริปุชกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3084 โทรสาร : 0 2965 9588</p> <p>กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081 343 0544 E-mail : puckanee@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800</p> <p>2. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845</p> <p>3. ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3084 โทรสาร : 0 2965 9588</p> <p>4. หัวหน้ากลุ่มติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3257 โทรสาร : 0 2965 9588</p> <p>ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 716 8365</p> <p>กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : evaluation.m@ddc.mail.go.th</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	6. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	16. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ขออนุญาตไว้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และอาหารกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาหารกลุ่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2561-2563 พบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist) และผลิต นำเข้า หรือจัดจำหน่าย โดยสถานประกอบการ หรือ ผู้ดำเนินกิจการของสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย 2. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จัดแจ้งวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นผลิตภัณฑ์ในประเภทแอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	80	80	80
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย.นำผลการตรวจสอบทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย ที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และเครื่องสำอาง (แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ) ที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย ที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และ เครื่องสำอาง (แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ) ที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	6. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	17. จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ (สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร) 17.1 ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง 17.2 อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง
คำนิยาม	<p>อาหารปลอดภัย หมายถึง อาหารที่ได้มีการจัดเตรียม ปรุงผสม และกินอย่างถูกต้องตามวิธีการและวัตถุประสงค์ของอาหารนั้น ๆ แล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค ส่วนอาหารที่ไม่ปลอดภัย และก่อให้เกิดอันตรายเมื่อบริโภคเข้าไปคืออาหารที่มีสารปนเปื้อน</p> <p>อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร์ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะ ที่เอกชน ที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัดหรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวร หรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติสุขภาพ 2) มิติเศรษฐกิจ 3) มิติสังคม 4) มิติวัฒนธรรม</p> <p>ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสัญลักษณ์ของตลาด พ.ศ.2551 ซึ่งหมายถึง ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาคาร</p> <p>ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ กำหนดไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) ด้านความปลอดภัยของอาหาร (Food Safety) และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Customer Protection) โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดย 1) ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง 2) อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง

ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้	
ระดับพื้นฐาน	
<ol style="list-style-type: none"> มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถป้องกันปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีแผนภาพรวมหรือแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยเฉพาะประเด็นในพื้นที่ ตาม Setting ที่กำหนด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง 	
ระดับดี	
<ol style="list-style-type: none"> มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ระดับจังหวัด ตามแผนที่กำหนด มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของในแต่ละ Setting มีการจัดการปัญหาด้านอาหารปลอดภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อ ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น <ul style="list-style-type: none"> - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง 	
ระดับดีมาก	
<ol style="list-style-type: none"> จังหวัดมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทั้ง 2 Setting ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง 	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายไตรมาส ศูนย์อนามัยนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัย กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2563, มีนาคม 2564, มิถุนายน 2564, กันยายน 2564)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมประสานนโยบายร่วมกับเขตสุขภาพและ สสจ.</p> <p>2. ประชุมร่วมกับสถานประกอบการและท้องถิ่น (ระดับเขตสุขภาพ)</p> <p>3. เปิดตัว Model อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) และตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) ระดับประเทศ</p>	<p>1. กิจกรรมรณรงค์อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) และตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) รายเขต</p> <p>2. ผู้ประกอบการเข้าถึงการประเมินตนเองเพื่อยกระดับผ่าน NPP ครอบคลุม 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>- ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง</p> <p>- อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินและเฝ้าระวังสถานประกอบการครอบคลุม 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร</p>	<p>1. สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>จำนวน 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>- ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง</p> <p>- อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง</p>

วิธีการประเมินผล :

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด
- ศูนย์อนามัย
 - วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
 - สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของ สสจ. และ อปท.
 - ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ทั้งเชิงปริมาณ(ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) และเชิงคุณภาพ
 - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต รวมทั้งส่งประเมินฯเชิงคุณภาพในพื้นที่
- กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายส่งประเมินเชิงคุณภาพฯ ในระดับเขต/พื้นที่ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ

เอกสารสนับสนุน :

- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
- กฎกระทรวงว่าด้วยสัญลักษณ์ของตลาด พ.ศ.2551
- “หลักเกณฑ์ด้านสัญลักษณ์ของตลาด“ ตามกฎกระทรวง ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2542)
- กฎกระทรวงฯ ว่าด้วยสัญลักษณ์ของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
- คู่มือมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food)
- คู่มือตลาดนัดนำซื้อ (Temporary Market) พ.ศ.2557

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด 1. น.ส.ปวีศา ดิษยวานิช ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4174 โทรศัพท์มือถือ : 08 5514 3891 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : pawarisa.d@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย 2. นางลลนา ทองแท้ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4180 โทรศัพท์มือถือ : 08 9413 4968 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : lalana.t@ anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นายเอกชัย ชัยเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4178 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : ekkachai.c@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวผุสดี ประสิทธิ์สมบัติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4180 โทรศัพท์มือถือ : 08 7493 2285 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : pusadee.p@ anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางลลนา ทองแท้ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4180 โทรศัพท์มือถือ : 08 9413 4968 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : lalana.t@ anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																		
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																		
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัด	18. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 18.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป 18.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus																		
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านนาмайสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N</td> </tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td> <td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td> <td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E: ENERGY</td> <td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td> <td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านนาмайสิ่งแวดล้อม 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. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10																			
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																			
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านนาмайสิ่งแวดล้อม 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. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																		
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																		
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																		

	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
	10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 11-12	
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 13-14	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16	
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

		<p>หรือ</p> <p>โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข และเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</p>
--	--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
รพศ./รพท./ รพช.และ รพ. สังกัด กรมวิชาการ	- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก - ระดับดีมากอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากขึ้นไป - ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก ขึ้นไป ร้อยละ 75 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 90 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 98

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และ GREEN & CLEAN Hospital Plus
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
-----------------------------	--

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th)และ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (http://envhealthcluster.anamai.moph.go.th/main.php?filename=reportform64) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน <p>หมายเหตุ : ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล</p>
-----------------------------	--

แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
--------------------	---

รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p>A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p>
-----------------------	---

	A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2+A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป $((A2+A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป $((A3+A4)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $(A4/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4 (ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป) ไตรมาส 4 (ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus)

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564

ตัวชี้วัด	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
18.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 85	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90
18.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus	-	2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40

หมายเหตุ : ปี 2564 ปรับเกณฑ์ข้อที่ 8 9 และ 10 ดังนี้

8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

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

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

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
คำนิยาม	ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินความเสี่ยง และมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัดฯ หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามเกณฑ์การประเมินที่สัมพันธ์กับการบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ระดับพื้นฐาน
<ol style="list-style-type: none"> มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีแผนภาพรวมหรือแผนจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเฉพาะประเด็นในพื้นที่ ตามการบ่งชี้ปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น
ระดับดี
<ol style="list-style-type: none"> มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ระดับจังหวัด เพื่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่ มีการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือทีมสอบสวนโรค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ทีม มีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 2 ประเด็น
ระดับดีมาก
<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 50 ของประชาชนในจังหวัดได้รับการดูแล จัดการปัจจัยเสี่ยง และคุ้มครองสุขภาพ ในแต่ละประเด็นที่เลือกจากข้อ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชน
--------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด
----------------------	------------

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในระบบ Google Form เป็นรายไตรมาส ศูนย์อนามัยและสำนักป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการตรวจประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ภาพรวมเขตสุขภาพ รวมทั้งจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ และจัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส
----------------------	--

	4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2563, มีนาคม 2564, มิถุนายน 2564, กันยายน 2564)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีแผนปฏิบัติการ/มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แก่หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	ร้อยละ 40 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>	ร้อยละ 70 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u>

ปี 2563:

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

วิธีการประเมินผล :

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการประเมินตนเองและรายงานผลในระบบ Google Form
2. ศูนย์อนามัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
 - 2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดที่รับผิดชอบ
 - 2.2 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)
 - 2.3 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต
3. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค สุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ

เอกสารสนับสนุน :

1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) และคู่มือการใช้งานฯ
2. แนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง
3. Platform THAI STOP COVID กรมอนามัยและวิธีการใช้งานเพื่อประเมินการดำเนินงาน
ของสถานประกอบการตามมาตรการเพื่อลดการแพร่ระบาด COVID-19
<https://stopcovid.anamai.moph.go.th/>
4. สื่อ คู่มือแนวทางปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
คณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการเปรียบเทียบตาม
กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
5. โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมาย
ว่าด้วยการสาธารณสุข
6. หลักสูตรออนไลน์อบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการยกร่างข้อบัญญัติ
ท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

	<p>7. เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=4113&filename=water_index18</p> <p>8. เกณฑ์เสนอแนะคุณภาพน้ำบริโภคเพื่อการเฝ้าระวัง กรมอนามัย พ.ศ. 2563 http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=4112&filename=water_index18</p> <p>9. คู่มือ การประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน พ.ศ.2563 http://foods.anamai.moph.go.th/download/OFS_S2563/FD_WaterQuality/2563/คู่มือรับรองประปาหมู่บ้าน.pdf</p> <p>10. คู่มือ การดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน http://foods.anamai.moph.go.th/download/OFS_S2563/FD_WaterQuality/2563/คู่มือการเฝ้าระวังน้ำครัวเรือน.pdf</p> <p>11. กฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 http://foods.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Law_61 คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2450&filename=Law_61</p> <p>12. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข หลักเกณฑ์การอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561 คู่มือการดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3049&filename=Law_61 คู่มือวิชาการประกอบการอบรม หลักสูตรการอบรมผู้ประกอบการ หลักสูตรการอบรมผู้สัมผัสอาหาร http://foods.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Law_61</p> <p>13. กฎกระทรวงฯ ว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 คู่มือตลาดนัดน้ำซึ่ http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1798&filename=media2018_2</p> <p>14. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอาหารริมบาทวิถี Street Food Good Health http://foods.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/foods/main.php?filename=street_imp</p> <p>15. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น http://foods.anamai.moph.go.th/main.php?filename=evaluation_form</p> <p>16. ระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม http://eha.anamai.moph.go.th/</p> <p>17. แนวทางการดำเนินงานจัดทำข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp</p> <p>18. เกณฑ์สำหรับการรายงานเหตุการณ์และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรณีเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR)</p>
--	---

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไศรยา ชูศรี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904626	โทรศัพท์มือถือ : 082-8100058
	โทรสาร : 02-5904356	E-mail : so_z_aa@hotmail.com
	สถานที่ทำงาน กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย	
	2. นางสาวธิดารัตน์ คำแหงพล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903865-66	โทรศัพท์มือถือ : 087-4929247
	โทรสาร : 02-5903866	E-mail : gibthida.k@gmail.com
	สถานที่ทำงาน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</p> <p>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาล และการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p>

	<p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย				
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	2,500 หน่วย ผลการดำเนินงาน : 1,855 หน่วย	3,000 หน่วย	3,500 หน่วย	4,000 หน่วย

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลในระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายสะสมรวม 2,500 หน่วย (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2564 จำนวน 645 หน่วย เป็นข้อมูลสะสมเดิมจากปี 2559-2563 จำนวน 1,855 หน่วย)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย จำนวน 6,500 ทีม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				2,500 หน่วย
ปี 2565 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				3,000 หน่วย
ปี 2566 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				3,500 หน่วย

ปี 2567 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				4,000 หน่วย	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	806	1,180	1,855
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1939				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 087-979-1785 โทรสาร : 02-59019398 2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-7559 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : jchanphet@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</p> <p>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p>

	<p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ64	ปีงบประมาณ65	ปีงบประมาณ66	ปีงบประมาณ67
จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	25 ล้านคน ผลการดำเนินงาน : 18.7101 ล้านคน	30 ล้านคน	35 ล้านคน	40 ล้านคน

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (แหล่งข้อมูลประชากรสำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	20 ล้านคน	22 ล้านคน	25 ล้านคน

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			30 ล้านคน

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			35 ล้านคน

ปี 2567 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				40 ล้านคน	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ล้านคน	-	-	18.7101
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรสาร : 0-2590-1939				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 087-979-1785 โทรสาร : 02-59019398 2. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-7559 โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : jchanphet@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี 22.1 ร้อยละของประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ 22.2 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตัวชี้วัดย่อยที่ 22.1	22.1 ร้อยละของประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์
-----------------------	---

คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง ประชาชน กลุ่มวัยเด็กและกลุ่มวัยทำงาน ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>(1) วัยเด็ก หมายถึง นักเรียนในสถานศึกษา วัยเรียน หมายถึง นักเรียน อายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและขยายโอกาส</p> <p>(2) วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน : ชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ</p> <p>ศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย</p> <p>1) กลุ่มวัยเรียน มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ</p> <p>2) กลุ่มวัยทำงาน มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา</p> <p><u>ในระดับดีขึ้น (มีค่าคะแนน \geq ร้อยละ 70)</u></p> <p>เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นการลดอัตราการป่วยและความรุนแรงของการเกิดโรคและอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อให้การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลดลง</p>
---------	--

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-	-	-	-	ร้อยละ 60

หน่วยงาน	ค่าเป้าหมาย	
	เป้าหมาย (ร้อยละ)	จำนวน (คน)
ส่วนกลาง	-	-
ศบส.1	60	2,757,920
ศบส.2	60	1,524,750
ศบส.3	60	1,487,570

	ศบส.4	60	1,858,520
	ศบส.5	60	1,874,120
	ศบส.6	60	1,627,250
	ศบส.7	60	2,777,480
	ศบส.8	60	2,537,650
	ศบส.9	60	3,360,430
	ศบส.10	60	2,479,200
	ศบส.11	60	1,502,320
	ศบส.12	60	1,489,920
	ภาพรวม	60	25,277,130

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานปี 2564 :
วัยทำงาน : ประชาชนในพื้นที่ชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
วัยเรียน : นักเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล สุ่มประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล
ส่วนกลาง : กองสุขศึกษา กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
ส่วนภูมิภาค : ศบส.เขต สสจ. รพสต.

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสุ่มประเมินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับระดับดีขึ้น (มีค่าคะแนน \geq ร้อยละ 70)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสุ่มประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาสที่ 3-4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
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
	-	-	-	ร้อยละ 30

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>- มีแผนงาน/โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับเขต (ศบส.เขต1-12) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>- สนับสนุนคู่มือแนวทาง องค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับจังหวัด (ระดับ สสจ. สสอ. รพสต.) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน</p>	<p>ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน</p> <p>- ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่</p>	<p>- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการส่งเสริมโดยร้อยละของประชาชน</p> <p>กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ในระดับดีขึ้น (ร้อยละ 60)</p>

วิธีประเมินผล	เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ													
เอกสารสนับสนุน	หนังสือ คู่มือ ที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมประกอบการดำเนินงาน													
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> <p>หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564 ไม่มีฐานข้อมูลเดิม</p>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	-	-	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2561	2562	2563										
-	-	-	-	-										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อ-นามสกุล นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18709 โทรศัพท์มือถือ 085-4848619 โทรสาร 02-1495650 อีเมล yutthapong2009@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2. ชื่อ-นามสกุล นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18708 โทรศัพท์มือถือ 086-9089199 โทรสาร 02-1495650 อีเมล mali.p@hss.mail.go.th สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ชื่อ-นามสกุล นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18709 โทรศัพท์มือถือ 085-4848619 โทรสาร 02-1495650 อีเมล yutthapong2009@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>													

	2. ชื่อ-นามสกุล นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18708 โทรศัพท์มือถือ086-9089199 โทรสาร 02-1495650 อีเมล mali.p@hss.mail.go.th สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ชื่อ-นามสกุล นายยุทธพงษ์ ขวัญชื่น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18709 โทรศัพท์มือถือ 085-4848619 โทรสาร 02-1495650 อีเมล yutthapong2009@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ชื่อ-นามสกุล นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18708 โทรศัพท์มือถือ086-9089199 โทรสาร 02-1495650 อีเมล mali.p@hss.mail.go.th สถานที่ทำงาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ										
ตัวชี้วัดย่อย 22.2	22.2 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี										
คำนิยาม	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) โดยได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม										
เกณฑ์เป้าหมาย											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <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>-</td> <td>-ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
-	-	-	-ร้อยละ 70	ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) หมู่บ้านละ 1 คน (ไม่ซ้ำกับปี 2563) 2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ (เฉลี่ยหมู่บ้านละ 7 คน)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net										
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล										
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี										
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี = (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4 ตามเกณฑ์การประเมิน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
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	
	-	-	-	-	
ปี 2564					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	-	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1. จัดทำแนวทาง แบบประเมิน ฐานข้อมูล	อบรม อสม. หมอประจำบ้าน 75,032 คน (สะสม)	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 35	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 70		
2. ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ					
วิธีการประเมินผล	การประเมินผลกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ร่วมประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและรายงานข้อมูลในฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ www.thaiphc.net				
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net 4. Application “SMART อสม.” 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	92.39
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-นามสกุล ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495645 อีเมล - สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ชื่อ-นามสกุล นายสมภพ อัจชนะศึก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล sompop1968@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2. ชื่อ-นามสกุล นางจิรวรรณ หัสโรค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ 093-3291419 โทรสาร 02-1495642 อีเมล ge_haslo@yahoo.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ชื่อ-นามสกุล นายสุรกิต ฉัตรเจริญพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล surakitc1968@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>2. ชื่อ-นามสกุล นางสาวนพวรรณ อัสวรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล asawarat_1@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	10. โครงการชุมชนสร้างสุข โดยตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานของ อสม. ภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ครอบคลุมถึงมิติการเยียวยาสุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต ด้วยความปกติวิถีใหม่ (new normal) เช่น อสม. สสำรวจสุขภาพใจ ให้คำแนะนำเพื่อสร้างบทบาทของประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่าง และชุมชนมีบทบาทร่วมสร้างตำบลวิถีชีวิตใหม่ เป็นต้น นำไปสู่เป้าหมายตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยโควิด 19 ชุมชนสุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี</p> <p>เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่บันทึกผลการดำเนินงาน “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19”</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	-	ร้อยละ 70 (จำนวน 5,079 ตำบล)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	7,255 ตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล (www.thaiphc.net)				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
รายการข้อมูล 1	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต				
รายการข้อมูล 2	จำนวนตำบลเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต = (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4 ตามเกณฑ์การประเมิน				

เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	-
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
	-	-	-	-
ปี 2564				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน 2. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	สนับสนุนชุดความรู้แบบประเมิน ฐานข้อมูล	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่มีการดำเนินการตามแนวทาง “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19” และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เว็บไซต์ www.thaiphc.net			
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2. แบบประเมินตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 3. ชุดความรู้ชุมชนสร้างสุข			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
	-	-	-	-
	หมายเหตุ : ไม่มีฐานข้อมูลเดิมเนื่องจากปี 2563 วัดเป็นจำนวน และเกณฑ์การประเมินไม่เหมือนกันกับปี 2564			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-นามสกุล ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495645 อีเมล - สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ-นามสกุล นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ 085 - 4829036 โทรสาร 02-1495645 อีเมล viroonsiria1@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ-นามสกุล นางสาวศุภิสรา ใจดี ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495645 อีเมล - สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	24. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ตัวชี้วัดหลัก	24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
คำนิยาม	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
รายการข้อมูล 1.1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1.2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

ปี 2565:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

ปี 2566:

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

Small Success

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

หมายเหตุ %DTN หมายถึง ตัวชี้วัดย่อยที่ 4, %SU หมายถึง ตัวชี้วัดย่อยที่ 5

วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
--------------------	--

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	8.06	ร้อยละ	8.22	7.97	7.99

หมายเหตุ : ปี 2561 – 2562 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 – 12
ปี 2563 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13

ตัวชี้วัดประกอบ 1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
-------------------	--

คำนิยาม	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)
---------	--

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
--------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
รายการข้อมูล 2.1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2.2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25

ปี 2565:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25

ปี 2566:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25	น้อยกว่า ร้อยละ 25

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง	- %SU \geq 50, DTN \geq 60	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ	- %SU \geq 60, DTN \geq 60

วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
--------------------	--

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	22.34	ร้อยละ	2561	2562	2563
			22.39	22.78	21.94

หมายเหตุ : ปี 2561 – 2562 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 – 12
ปี 2563 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 – 13

ตัวชี้วัดประกอบ 2	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)				
คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย:					
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ระบบข้อมูล 43 แพ้ม</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>				
รายการข้อมูล 3.1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) จากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 3.2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke: I63)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2564:					
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	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	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
ปี 2566:					
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
วิธีการประเมินผล :	<p>1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>				

เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	3.81	ร้อยละ	3.84	3.78	3.82
ตัวชี้วัดประกอบ 3	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 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
	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	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 12				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 12				
รายการข้อมูล 4.1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)				
รายการข้อมูล 4.2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2564:					
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2565:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2566:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล : การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12

เอกสารสนับสนุน : สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	63.94	ร้อยละ	N/A	61.20	67.54

หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 12

ตัวชี้วัดประกอบ 4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

คำนิยาม
 การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
 หอพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก
 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละการรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์ ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12

รายการข้อมูล 5.1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

รายการข้อมูล 5.2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ				
เกณฑ์การประเมิน					
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	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	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ปี 2566:					
	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	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	66.58	ร้อยละ	2561	2562	2563
	หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 12				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 08 1843 4502 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: suchathanc@yahoo.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9889 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 08 7114 9480 โทรสาร : 0 2354 7072 E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 25.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 25.2 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ.2563 - 30 กันยายน พ.ศ.2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p>

4.3 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	85	88
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	82.5	85

วัตถุประสงค์
 1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
 2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ.2563 - 30 กันยายน พ.ศ.2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล
 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

แหล่งข้อมูล
 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$
 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564
 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564)</p> <p>B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน*
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2564 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<p>1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563)</p> <p>1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่า เป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรค และแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
อัตราความครอบคลุมของ การขึ้นทะเบียนรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	-	-	-	ร้อยละ 85

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็น
ผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2564

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ
ปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ
แนวทางการประเมินผล
1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)
ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน
ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ในภาพรวมของ
ประเทศ
2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ของ
ปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ในระดับพื้นที่
3 ระดับจังหวัด
ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน
ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ในภาพของ
หน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
- 2.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561 ¹	2562 ²	2563 ³
อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดราย ใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	85.0	85.7	85.4

	<p>อัตราความครอบคลุมของ การขึ้นทะเบียนรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</p>	ร้อยละ	72.2	76.8	78.4	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ ที่มา https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th ¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563</p>					
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค 1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935 2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 E-mail : phalin1@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนากองคกร โทรศัพท์มือถือ : 06 1565 7415 E-mail : swillwan@yahoo.com</p>					
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค 1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 2. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 096 982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนากองคกร โทรศัพท์มือถือ : 06 1565 7415 E-mail : swillwan@yahoo.com หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 096 982 4196 E-mail : auttagorn@gmail.com</p>					

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย (%) ปีงบประมาณ พ.ศ.2564
	2561 ¹	2562 ²	2563 ³	ค่าเฉลี่ย	
เขต 1 – 12	85.0	85.7	85.4	85.4	≥ 88
1 เชียงใหม่	73.6	79.4	76.6	76.5	≥ 88
2 พิษณุโลก	82.8	85.4	86.4	84.9	≥ 88
3 นครสวรรค์	84.5	85.1	84.3	84.6	≥ 88
4 สระบุรี	83.6	86.5	87.5	85.9	≥ 88
5 ราชบุรี	85.1	85.1	85.9	85.4	≥ 88
6 ชลบุรี	87.2	85.9	85.5	86.2	≥ 88
7 ขอนแก่น	86.9	84.8	85.8	85.8	≥ 88
8 อุตรธานี	86.3	84.4	82.5	84.4	≥ 88
9 นครราชสีมา	85.4	86.6	86.5	86.2	≥ 88
10 อุบลราชธานี	90.6	90.2	88.1	89.6	≥ 88
11 นครศรีธรรมราช	86.5	88.4	88.4	87.8	≥ 88
12 สงขลา	84.2	86.7	87.5	86.1	≥ 88

หมายเหตุ ที่มา <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th>

¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

(TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

เขตสุขภาพ/สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความครอบคลุมของ การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2561 – 2563)				ค่าเป้าหมายอัตราความ ครอบคลุมของการขึ้น ทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (%) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
	2561 ¹	2562 ²	2563 ³	ค่าเฉลี่ย	
เขต 1 – 12	72.2	76.8	78.4	75.8	≥85
1 เชียงใหม่	63.0	67.0	74.9	68.3	≥85
2 พิษณุโลก	70.1	73.6	78.5	74.1	≥85
3 นครสวรรค์	61.9	65.5	73.8	67.1	≥85
4 สระบุรี	70.6	76.1	72.9	73.2	≥85
5 ราชบุรี	75.8	74.9	73.3	74.7	≥85
6 ชลบุรี	94.8	92.9	87.8	91.8	≥85
7 ขอนแก่น	83.7	82.7	87.2	84.5	≥85
8 อุตรธานี	60.7	61.1	58.7	60.2	≥85
9 นครราชสีมา	72.9	70.8	69.5	71.1	≥85
10 อุบลราชธานี	74.9	75.9	80.0	76.9	≥85
11 นครศรีธรรมราช	74.1	71.0	74.8	73.3	≥85
12 สงขลา	64.2	68.1	64.0	65.4	≥85

หมายเหตุ ที่มา <https://tbc Thailand.ddc.moph.go.th>

¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ
กลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำแนกชายเขต

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
ประเทศ	66,558,935	99,838	84,863
1 เชียงใหม่	5,897,396	8,846	7,519
2 พิษณุโลก	3,571,493	5,357	4,554
3 นครสวรรค์	2,977,294	4,466	3,796
4 สระบุรี	5,399,497	8,099	6,884
5 ราชบุรี	5,352,305	8,028	6,824
6 ชลบุรี	6,186,681	9,280	7,888
7 ขอนแก่น	5,054,166	7,581	6,444
8 อุตรธานี	5,561,304	8,342	7,091
9 นครราชสีมา	6,778,862	10,168	8,643
10 อุบลราชธานี	4,619,916	6,930	5,890
11 นครศรีธรรมราช	4,496,720	6,745	5,733
12 สงขลา	4,997,037	7,496	6,371
13 สปกม.	5,666,264	8,499	7,224

หมายเหตุ :

* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2563 : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

ค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
และกลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
จำแนกรายจังหวัด

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
ประเทศ	66,558,935	99,838	84,863
กรุงเทพมหานคร	5,666,264	8,499	7,224
จังหวัดกระบี่	476,739	715	608
จังหวัดกาญจนบุรี	895,525	1,343	1,142
จังหวัดกาฬสินธุ์	983,418	1,475	1,254
จังหวัดกำแพงเพชร	725,867	1,089	925
จังหวัดขอนแก่น	1,802,872	2,704	2,299
จังหวัดจันทบุรี	537,698	807	686
จังหวัดฉะเชิงเทรา	720,113	1,080	918
จังหวัดชลบุรี	1,558,301	2,337	1,987
จังหวัดชัยนาท	326,611	490	416
จังหวัดชัยภูมิ	1,137,357	1,706	1,450
จังหวัดชุมพร	511,304	767	652
จังหวัดเชียงราย	1,298,304	1,947	1,655
จังหวัดเชียงใหม่	1,779,254	2,669	2,269
จังหวัดตรัง	643,164	965	820
จังหวัดตราด	229,958	345	293
จังหวัดตาก	665,620	998	849
จังหวัดนครนายก	260,751	391	332
จังหวัดนครปฐม	920,030	1,380	1,173
จังหวัดนครพนม	719,136	1,079	917
จังหวัดนครราชสีมา	2,648,927	3,973	3,377

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,561,927	2,343	1,991
จังหวัดนครสวรรค์	1,059,887	1,590	1,351
จังหวัดนนทบุรี	1,265,387	1,898	1,613
จังหวัดนราธิวาส	808,020	1,212	1,030
จังหวัดน่าน	478,227	717	610
จังหวัดบึงกาฬ	424,091	636	541
จังหวัดบุรีรัมย์	1,595,747	2,394	2,035
จังหวัดปทุมธานี	1,163,604	1,745	1,484
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	554,116	831	706
จังหวัดปราจีนบุรี	494,680	742	631
จังหวัดปัตตานี	725,104	1,088	925
จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	820,188	1,230	1,046
จังหวัดพะเยา	472,356	709	602
จังหวัดพังงา	268,788	403	343
จังหวัดพัทลุง	524,865	787	669
จังหวัดพิจิตร	536,311	804	684
จังหวัดพิษณุโลก	865,247	1,298	1,103
จังหวัดเพชรบุรี	485,191	728	619
จังหวัดเพชรบูรณ์	992,451	1,489	1,265
จังหวัดแพร่	441,726	663	563
จังหวัดภูเก็ต	416,582	625	531
จังหวัดมหาสารคาม	962,665	1,444	1,227
จังหวัดมุกดาหาร	353,174	530	450
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	284,138	426	362
จังหวัดยโสธร	537,299	806	685
จังหวัดยะลา	536,330	804	684

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,305,211	1,958	1,664
จังหวัดระนอง	193,370	290	247
จังหวัดระยอง	734,753	1,102	937
จังหวัดราชบุรี	873,101	1,310	1,113
จังหวัดลพบุรี	755,556	1,133	963
จังหวัดลำปาง	738,316	1,107	941
จังหวัดลำพูน	405,075	608	516
จังหวัดเลย	642,950	964	820
จังหวัดศรีสะเกษ	1,472,859	2,209	1,878
จังหวัดสกลนคร	1,153,390	1,730	1,471
จังหวัดสงขลา	1,435,968	2,154	1,831
จังหวัดสตูล	323,586	485	413
จังหวัดสมุทรปราการ	1,344,875	2,017	1,715
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,305	290	246
จังหวัดสมุทรสาคร	584,703	877	745
จังหวัดสระแก้ว	566,303	849	722
จังหวัดสระบุรี	645,911	969	824
จังหวัดสิงห์บุรี	208,446	313	266
จังหวัดสุโขทัย	595,072	893	759
จังหวัดสุพรรณบุรี	846,334	1,270	1,079
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,068,010	1,602	1,362
จังหวัดสุรินทร์	1,396,831	2,095	1,781
จังหวัดหนองคาย	522,311	783	666
จังหวัดหนองบัวลำภู	512,780	769	654
จังหวัดอ่างทอง	279,654	419	357
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,438	568	483
จังหวัดอุดรธานี	1,586,646	2,380	2,023

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
จังหวัดอุดรธานี	453,103	680	578
จังหวัดอุทัยธานี	328,618	493	419
จังหวัดอุบลราชธานี	1,878,146	2,817	2,395

หมายเหตุ :

* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2563 :

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	26. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่
คำนิยาม	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ หมายถึง การดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็นเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19 ใน 8 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Staff-Staff-System & ICS พร้อม 2) ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และ SOP 3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า (surge capacity) 4) ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน 5) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 6) มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ 7) ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด 8) ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย <p>3. Staff-Staff-System & ICS พร้อม หมายถึง ความพร้อมด้าน EOC ในการพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนบุคลากรสำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตามระบบ ICS ซึ่งต้องสอดคล้องกับแผนระดมทรัพยากรและแผนระดับประคองกิจการของหน่วยงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่ใช้รวมถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร 3) ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ <p>4. ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) หมายถึง จังหวัดจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในแผนระดับบัญชาการและแผนระดับปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมและนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพที่จำเพาะ แผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ้อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี</p>

5. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า (surge capacity) หมายถึง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มจาก 1 ทีมต่ออำเภอ เป็น 3 ทีมต่ออำเภอ

6. ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน หมายถึง จำนวนห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน

ยกเว้น

1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน

2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละมากๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ

7. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (S_t B S_u D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) ได้แก่ ภาวะเครียด (Stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) และภาวะซึมเศร้า (Depress) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหาคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) ภายใต้กรอบการดำเนินงานระยะสั้นของแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563-2564 โดยวิเคราะห์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโรนา 2019 และสมาชิกในครอบครัว ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) และกลุ่มเปราะบางทางสังคม ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ว่าจะดำเนินไปเป็น 3 ระยะ ในทุกระลอกของการระบาด ได้แก่

ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระยะที่ 2 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด

ระยะที่ 3 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย

โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหาผ่านระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต ตลอดจนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทางออนไลน์ โทรศัพท์ หรือผ่าน Application ต่างๆ ที่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง

8. มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ หมายถึง การแสดงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำไปตัดสินใจในการบัญชาการเหตุการณ์ได้ทันเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1) ข้อมูลสถานการณ์โรค ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต และผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ

2) การจัดการด้าน EOC ได้แก่ ข้อมูลบุคลากร (Staff) จำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward ข้อมูลระบบ (System) ระบบรายงานข้อมูล COWARD

3) ข้อมูลสถานะการปฏิบัติของทีมปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค

9. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด หมายถึง สถานที่เอกเทศทุกประเภทที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัสหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะทำงานด้านวิชาการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

10. ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกัน โควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	-	ระดับดีมาก (76 จังหวัด และ กทม.)	ระดับดีมาก (76 จังหวัด และ กทม.)	ระดับดีมาก (76 จังหวัด และ กทม.)

วัตถุประสงค์
 1) เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
 2) เพื่อควบคุมอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

วิธีการจัดเก็บข้อมูล
กรมควบคุมโรค :
 1. กองระบาดวิทยา และสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ กองโรคติดต่อทั่วไป
 1.1 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 แห่ง
 1) สํารวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU)
 2) จัดอบรมเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ระดับเขตสุขภาพ ภายในเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยกองระบาดวิทยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ โดยขอรับรองหลักสูตรจากกรมควบคุมโรค
 3) จังหวัดจัดทำคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ระบุจำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ, ทำเนียบผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) รายงานผ่านทางเว็บไซต์ กรมควบคุมโรค (<https://ims.ddc.moph.go.th/index.php>)
 4) สํารวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2563 และวันที่ 15 กันยายน 2564 เพื่อรายงานตัวชี้วัด
 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
 2.1 ความพร้อมด้าน EOC โดยการประเมิน EOC Assessment Tool ปีละ 1 ครั้ง ดำเนินการร่วมกับกองสาธารณสุขฉุกเฉิน
 2.2 ระบบกักกัน (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด ใช้ข้อมูลผลการตรวจเยี่ยมและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินภารกิจการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค
 3. ศูนย์สารสนเทศ
 Dashboard ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการต่างๆ เพื่อควบคุมโรคในส่วนที่รับผิดชอบ โดย กรมควบคุมโรค คือทีมปฏิบัติการสอบสวนและควบคุมโรค ทีมด้านควบคุมโรค ทีมรักษาพยาบาล และทีมกักกัน
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ :
 ห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบบ CO-LAB ครบถ้วนตามขั้นตอนที่กำหนด ใช้ข้อมูลจาก CO-LAB

	<p>กรมอนามัย : จัดเก็บข้อมูลผลการสำรวจประชาชนในการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ผ่านแบบสำรวจออนไลน์</p> <p>กรมสุขภาพจิต : ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จัดส่งเอกสาร/หลักฐาน รายงานการปฏิบัติงาน ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์สุดท้ายของเดือน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19) 2. สรุปภาพรวมการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และสรุปผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น 3. แบบฟอร์มสรุปการพัฒนาศักยภาพเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่งรายงานประเมินผลรอบครึ่งปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ โดยจัดส่งรายงานมาที่ E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค : มี Realtime Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานข้อมูลลงระบบ COWARD ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward 2. รายงานข้อมูลช่องทางอื่น ได้แก่ ผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ และจำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI
แหล่งข้อมูล	<p>กรมควบคุมโรค :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองระบาดวิทยา และสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ กองโรคติดต่อทั่วไป (ส่วนกลาง : กองระบาดวิทยาและกองโรคติดต่อทั่วไป, จังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า ใช้แหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ Implementation Monitoring System กรมควบคุมโรค (https://ims.ddc.moph.go.th/index.php) 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน <p>ข้อมูลผลการตรวจเยี่ยมและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินการกิจการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบ CO-LAB 2. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (หลัก) 3. กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม 4. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่ง <p>กรมอนามัย : ศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตและสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ร่วมกันดำเนินการสำรวจพฤติกรรม การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยของประชาชนผ่านระบบออนไลน์</p> <p>กรมสุขภาพจิต : ทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตสุขภาพเดียวกัน ร่วมกันดำเนินการและสรุปรายงานผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19)</p>

	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค : ระบบฐานข้อมูล COWARD																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามกิจกรรมหลัก ครบทั้ง 7 ประเด็น																										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 - 4																										
เกณฑ์การประเมิน :	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	ระดับ		เป้าหมายดำเนินการ																					
				ประเทศ	จังหวัด	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน																		
	1	Staff-Staff-System & ICS พร้อม	5	✓	✓	✓																					
	2	ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และ SOP	5	✓	✓	✓																					
	3	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพิ่ม 3 เท่า	5	✓	✓	✓																					
	4	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	5	✓	✓	✓																					
	5	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 30	5	✓	✓	✓																					
	6	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหาร ตัดสินใจ	5	✓	-	✓																					
	7	ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด	5	✓	✓	✓																					
	8	ประชาชนสวมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 85	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓																		
	คะแนนเต็ม		40	40	35																						
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่																											
คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานใน 8 ประเด็น (ระดับประเทศ) และ 7 ประเด็น (ระดับจังหวัด) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับ</th> <th rowspan="2">คะแนนเต็ม</th> <th colspan="3">ความสำเร็จ (คะแนน)</th> </tr> <tr> <th>ปานกลาง</th> <th>ดี</th> <th>ดีมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>40</td> <td>1.00 - 13.33</td> <td>13.34 - 26.67</td> <td>26.68 - 40.00</td> </tr> <tr> <td>จังหวัด</td> <td>35</td> <td>1.00 - 11.66</td> <td>11.67 - 23.33</td> <td>23.34 - 35.00</td> </tr> </tbody> </table>										ระดับ	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)			ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ประเทศ	40	1.00 - 13.33	13.34 - 26.67	26.68 - 40.00	จังหวัด	35	1.00 - 11.66	11.67 - 23.33	23.34 - 35.00
ระดับ	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)																									
		ปานกลาง	ดี	ดีมาก																							
ประเทศ	40	1.00 - 13.33	13.34 - 26.67	26.68 - 40.00																							
จังหวัด	35	1.00 - 11.66	11.67 - 23.33	23.34 - 35.00																							
<ol style="list-style-type: none"> การดำเนินงานตามกิจกรรมหลัก โดยมีช่วงคะแนนของแต่ละประเด็น 1 - 5 คะแนน ระดับประเทศมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน และระดับจังหวัดมีคะแนนเต็ม 35 คะแนน กำหนดระดับความสำเร็จการดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดีมาก นำคะแนนรวมของทุกประเด็น มาแบ่งช่วงคะแนนโดยนำคะแนนเต็ม หารด้วย 3 ระดับ จะได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังตารางข้างต้น 																											
ประเทศ : รอบ 3 เดือน																											
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
1	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.																					
2	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.																					

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3	จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร	557 หน่วย	1,114 หน่วย	1,670 หน่วย	2,227 หน่วย	2,784 หน่วย
4	จำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
5	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30
6	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	-	-	-	-	มี Real time Dashboard
7	จำนวนจังหวัดที่มีระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐาน	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.
8	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

ประเทศ : รอบ 6, 9 และ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
2	จำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน (วัดผลรอบ 12 เดือน)	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90

จังหวัด : รอบ 3 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60
2	จังหวัดมีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	มีแผนและ SOP แต่ไม่ซ้อมแผน	-	-	-	มีแผนและ SOP และซ้อมแผน
3	ร้อยละของอำเภอที่มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
4	ห้องปฏิบัติการสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
5	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30
6	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	≤ ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
7	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

จังหวัด : รอบ 6, 9 และ 12 เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย (วัดผลรอบ 6 9 และ 12 เดือน)	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
2	ห้องปฏิบัติการสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน (วัดผลรอบ 12 เดือน)	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :	ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
	1	เตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคโควิด 19 ตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ใน 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น)	<input type="checkbox"/> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 3 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ใน 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) ได้แก่ 1) Staff- Stuff- System & ICS พร้อม : ใช้ผลการประเมิน EOC Assessment Tool 2) ทุกจังหวัดมีและซ้อมแผน และ SOP : แผนฯ และ SOP พร้อมรายงานผลการฝึกซ้อมแผน 3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า (surge capacity) : คำสั่งแต่งตั้ง CDCU 4) ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน : รายงานผลจากระบบ CO-LAB 5) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต : รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์มกรมสุขภาพจิต 6) มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ (รายงานเฉพาะระดับประเทศ)***
			7) ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด : รายงานจำนวนสถานที่ในการกักกันฯ ที่ผ่านการรับรอง 8) ประชาชนสวมหน้ากาก : สำรวจผ่านระบบออนไลน์ <input type="checkbox"/> ประเมินตนเองรอบ 3 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	2	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชนรอบ 6 เดือน ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน 	<input type="checkbox"/> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน <input type="checkbox"/> ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล																
3	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชน รอบ 9 เดือน ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน 	<input type="checkbox"/> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน <input type="checkbox"/> ประเมินตนเองรอบ 9 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด																
4	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชน รอบ 12 เดือน ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน 	<input type="checkbox"/> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน <input type="checkbox"/> ประเมินตนเองรอบ 12 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด																
5	สรุปผลการดำเนินงานตาม 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) และจัดระดับความสำเร็จระดับจังหวัด : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปานกลาง</td> <td>1.00 - 11.66</td> </tr> <tr> <td>ดี</td> <td>11.67 - 23.33</td> </tr> <tr> <td>ดีมาก</td> <td>23.34 - 35.00</td> </tr> </tbody> </table> ระดับประเทศ : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปานกลาง</td> <td>1.00 - 13.33</td> </tr> <tr> <td>ดี</td> <td>13.34 - 26.67</td> </tr> <tr> <td>ดีมาก</td> <td>26.68 - 40.00</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	ปานกลาง	1.00 - 11.66	ดี	11.67 - 23.33	ดีมาก	23.34 - 35.00	ระดับความสำเร็จ	คะแนน	ปานกลาง	1.00 - 13.33	ดี	13.34 - 26.67	ดีมาก	26.68 - 40.00	
ระดับความสำเร็จ	คะแนน																	
ปานกลาง	1.00 - 11.66																	
ดี	11.67 - 23.33																	
ดีมาก	23.34 - 35.00																	
ระดับความสำเร็จ	คะแนน																	
ปานกลาง	1.00 - 13.33																	
ดี	13.34 - 26.67																	
ดีมาก	26.68 - 40.00																	

ประเทศ :

ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
1	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
2	จังหวัดมีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
3	จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร	สำรวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) และตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU)	กองระบาดวิทยา / สำนักงานเลขานุการฯ กรม คร.
4	ร้อยละของห้องปฏิบัติการที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ส่วนกลางสรุปข้อมูลจากที่จังหวัดรายงาน	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรม วพ.

	5	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานจากทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบันโรงพยาบาลจิตเวช	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรม สจ.
	6	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	สามารถดึงรายงานข้อมูลจากระบบที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันสามารถแสดงผลเพื่อการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการในระดับประเทศได้	1. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน และ ศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. : 2. ศูนย์สารสนเทศ กรม คร.
	7	จำนวนจังหวัดที่มีระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐาน	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพฯ กรม คร. สุ่มประเมินจังหวัดและเขต	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร. / คณะกรรมการที่รับผิดชอบภารกิจกักกัน กรม คร.
	8	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	ระบบ THAI STOP COVID	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :			
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
	1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
	2	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
	3	ร้อยละของอำเภอที่มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	สำรวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) และตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU)	กองระบาดวิทยา / สำนักงานเลขานุการฯ กรม คร.
	4	ห้องปฏิบัติการสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการส่งรายงานสรุปให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรม วพ.
	5	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบันโรงพยาบาลจิตเวช รายงาน ดังนี้ 1. ทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19) 2. สรุปภาพรวมการดำเนินการดูแลช่วยเหลือ และติดตามต่อเนื่องประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 4 ประเด็น 3. สรุปการพัฒนาศักยภาพและส่งรายงานประเมินผล รอบครึ่งปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรม สจ.

	<p>กรมอนามัย นางนภพรรณ นันทพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4342 โทรสาร : 0 2590 4356</p> <p>ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 5819 E-mail : napapann@yahoo.com</p> <p>กรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 207 ต่อ 55207 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นายแพทย์วิฑูรย์ อนันกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771 E-mail : witoon53@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7872 E-mail : p.sarathep@gmail.com</p>
<p>หน่วยงาน ประเมินผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นางสุพินดา ธีระรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3178 โทรสาร :</p> <p>กองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 081 613 8323 E-mail : teerarat.supinda@gmail.com</p> <p>2. นางวิรงรอง แก้วสมบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3167 โทรสาร : 0 2965 9595</p> <p>กองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 081 615 9298 E-mail : poo-kiki@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845</p> <p>กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com</p> <p>4. นางสุธิดา วรโชติชนัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3246 โทรสาร : 0 2588 3767</p> <p>กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 095 530 1628 E-mail : pheplan2018@gmail.com</p> <p>5. นางอนงนาฏ มโนภิรมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3232 โทรสาร : 02 580 5726</p> <p>กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โทรศัพท์มือถือ : 088 198 2451 E-mail : anongnat2023@gmail.com</p> <p>6. นางภคินี สิริปุชกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3084 โทรสาร : 0 2965 9588</p> <p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081 343 0544 E-mail : puckanee@gmail.com</p> <p>7. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3093 โทรสาร : 0 2965 9576</p> <p>ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081 811 3615 E-mail : yongjua@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย นายปราโมทย์ เสพสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4359 โทรสาร : 0 2590 4356</p> <p>กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 4709 0404 E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																										
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																										
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ																										
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ																										
ชื่อตัวชี้วัด	27. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ																										
คำนิยาม	<p>โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมาย หมายถึง (กรมการแพทย์) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ซึ่งเป็นข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย</p>																										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 1.60</td> <td>< ร้อยละ 1.55</td> <td>< ร้อยละ 1.50</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.50																		
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66																									
< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.50																									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย																										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19																										
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)																										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																										
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																										
เกณฑ์การประเมิน	<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 1.60</td> <td>< ร้อยละ 1.60</td> <td>< ร้อยละ 1.60</td> </tr> </tbody> </table> <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>< ร้อยละ 1.55</td> <td>< ร้อยละ 1.55</td> <td>< ร้อยละ 1.55</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2566:</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 1.50</td> <td>< ร้อยละ 1.50</td> <td>< ร้อยละ 1.50</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< ร้อยละ 1.50	< ร้อยละ 1.50	< ร้อยละ 1.50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																								
-	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60																								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																								
-	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55																								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																								
-	< ร้อยละ 1.50	< ร้อยละ 1.50	< ร้อยละ 1.50																								
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากข้อมูลการรายงานจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19																										

เอกสารสนับสนุน :	<p>แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2563 (กรมการแพทย์) และติดตามการ Updated จาก https://covid19.dms.go.th/</p> <p>แนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ของกรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฉบับปรับปรุง วันที่ 20 เมษายน 2563</p>																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="520 412 1453 607"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 1.7</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="5">หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละ 1.7	ร้อยละ	-	-	-	หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		2561	2562	2563																			
ร้อยละ 1.7	ร้อยละ	-	-	-																			
หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564																							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0" data-bbox="464 645 1517 969"> <tr> <td data-bbox="464 645 850 831"> 1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6288 โทรสาร : 0 2591 8264 - 65 Thailandemt2019@gmail.com คณะที่ปรึกษากรมการแพทย์ </td> <td data-bbox="948 645 1326 786"> นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 08 1842 4148 E-mail : ieip.dms@gmail.com </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 887 922 969"> 2. กลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 </td> <td data-bbox="948 887 1326 969"> กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรสาร : 0 2591 8276 </td> </tr> </table>					1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6288 โทรสาร : 0 2591 8264 - 65 Thailandemt2019@gmail.com คณะที่ปรึกษากรมการแพทย์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 08 1842 4148 E-mail : ieip.dms@gmail.com	2. กลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรสาร : 0 2591 8276														
1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6288 โทรสาร : 0 2591 8264 - 65 Thailandemt2019@gmail.com คณะที่ปรึกษากรมการแพทย์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 08 1842 4148 E-mail : ieip.dms@gmail.com																						
2. กลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรสาร : 0 2591 8276																						
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol data-bbox="464 987 1517 1491" style="list-style-type: none"> ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาสารสนเทศ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6310 โทรสาร : 0 2591 8278 กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com กลุ่มงานติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6351 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com 																						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol data-bbox="464 1514 1517 1919" style="list-style-type: none"> ว่าที่ ร.ต.ท.หญิง พญ.นภา ศิริวัฒนากุล ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6338 โทรศัพท์มือถือ : 08 1687 4178 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: napa_s1@hotmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 																						

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)														
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ														
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	28. ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S ให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment														
คำนิยาม	<p>แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical care) หมายถึง แนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) ตาม Key Step Assessment (Staff, Structure, System) 2. การบริหารความต่อเนื่องของการดำเนินการสถานพยาบาล (Business continuity management: BCM) โดยนำแผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan for EIDs in Healthcare Facilities) มาใช้เป็นกระบวนการขับเคลื่อนภายในสำหรับเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ที่อาจส่งผลโดยตรง ต่อการให้บริการด้านการแพทย์ในสถานพยาบาล <p>Key Step Assessment หมายถึง การประเมินผลองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่โดยยึดหลัก 3S เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านระบบ (System) เช่น ระบบคัดกรอง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การจัดโซน (zoning) การใช้ระบบ IT จัดระบบคิว และการสื่อสาร เป็นต้น 2. ด้านโครงสร้าง (Structure) เช่น โครงสร้าง อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม การระบายอากาศ เป็นต้น 3. ด้านบุคลากร (Staff) เช่น การจัดอัตรากำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และสร้างความปลอดภัย เป็นต้น 														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ รพ.ระดับ A และ S ในเขตสุขภาพมีศักยภาพในการให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐานตามแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปรากฏในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ http://gishealth.moph.go.th														

		หน่วย : แห่ง			
		เขตสุขภาพ	รพ.ระดับ A	รพ. ระดับ S	รวม
		1	3	5	8
		2	2	4	6
		3	1	4	5
		4	3	5	8
		5	4	6	10
		6	6	3	9
		7	2	2	4
		8	2	5	7
		9	3	2	5
		10	1	5	6
		11	3	4	7
		12	3	5	8
		รวมทั้งสิ้น	33	50	83
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12 โดยโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ รายงานข้อมูลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment ในสาขาที่เลือกอย่างน้อย 4 สาขา				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ ที่มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการ แพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) ตาม Key Step Assessment ในสาขาที่เลือกอย่างน้อย 4 สาขา				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี2564:					
ลำดับ	เป้าหมาย	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน	ผู้รับผิดชอบ
1	แนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ และ Key Step Assessment ครบ 13 เรื่อง New Normal Medical Service Practices	✓			กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต
2	เขตสุขภาพมีแผนพัฒนา New Normal Medical Service ในสาขาที่เลือกอย่างน้อย 4 สาขา	✓			สำนักงานเขต สุขภาพ 1- 12
4	โรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่งในเขตสุขภาพเริ่มมีการ implement New Normal Medical Service ตามสาขาที่เลือก		✓		รพ.ระดับ A, S ในทุกเขตสุขภาพ
6	โรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่งในเขตสุขภาพให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่			✓	รพ.ระดับ A, S ในทุกเขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล :

ลำดับ	เป้าหมาย	วิธีการประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1	จำนวนแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ และ Key Step Assessment ครบ 13 เรื่อง	แนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ และ Key Step Assessment ที่เผยแพร่ http://covid19.dms.go.th/	- กรมการแพทย์ (กองวิชาการแพทย์) - กรมสุขภาพจิต
2	เขตสุขภาพมีแผนพัฒนา New Normal Medical Service 4 เรื่อง	ข้อมูลรายงานแผนพัฒนา New Normal Medical Service ของเขตสุขภาพ 1-12	- สำนักงานเขตสุขภาพ 1 – 12 - กรมการแพทย์ (สำนักนิเทศระบบการแพทย์)
3	รพ. ระดับ A และ S ทุกแห่งในเขตสุขภาพเริ่มมีการ implement New Normal Medical Service ตามสาขาที่เลือก	รายงานการดำเนินงานตามแผน implement New Normal Medical Service	กรมการแพทย์ (กองวิชาการแพทย์)
4	รพ.ระดับ A และ S ทุกแห่งในเขตสุขภาพให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่	รายงานผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment	- กองตรวจราชการ สป. - กรมการแพทย์ (สำนักนิเทศระบบการแพทย์)

เอกสารสนับสนุน :	<p>แนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ และ Key Step Assessment</p> <p>จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์กรมการแพทย์ http://covid19.dms.go.th/</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) - แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD) - แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER) - แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) - แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟู (Rehab) - แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรม (Dental) - แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Clinical Laboratory) - แนวทางการจัดบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง (NCD) - แนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัด (OR) - แนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอด (LR) - แนวปฏิบัติในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) (อยู่ระหว่างจัดทำ) - แนวปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา (X-Ray) (อยู่ระหว่างจัดทำ) - แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิต (Psychiatry) (รอข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต)
-------------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2561	2562	2563
				-	-
หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 กองวิชาการ กรมการแพทย์</p> <p>2. ทพญ.อนอง มั่งคั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6348</p>	<p>ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 E-mail : kityimpan@gmail.com</p> <p>ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 5345 6491</p>
---	--	---

	<p>โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : o.mungkung@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p> <p>3. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ampaiporn@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>4. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1988 3925 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ecdms6285@gmail.com สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851</p> <p>3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6345 โทรสาร : 0 2591 8279</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 08 1687 4178 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : napa_s1@hotmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p> <p>2. นางกฤติกา อิงคสุวรรณกุล หัวหน้ากลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6340 โทรศัพท์มือถือ : 08 6894 9675 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p> <p>3. นางบุญญาดา พานทอง หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6348 โทรศัพท์มือถือ : 08 1700 9747 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : planning.sdvs@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	29. ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID
คำนิยาม	<p>แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical care) หมายถึง แนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) ตาม Key Step Assessment (Staff, Structure, System) 2. การบริหารความต่อเนื่องของการดำเนินการสถานพยาบาล (Business continuity management: BCM) โดยนำแผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่อง สำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan for EIDs in Healthcare Facilities) มาใช้เป็นกระบวนการขับเคลื่อนภายในสำหรับเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ที่อาจส่งผลโดยตรงต่อการให้บริการด้านการแพทย์ในสถานพยาบาล <p>การบริหารความต่อเนื่องของการดำเนินการสถานพยาบาล (Business continuity management: BCM) หมายถึง กระบวนการบริหารงานหรือภารกิจบริการของสถานพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งระบุภัยคุกคามและผลกระทบจากสภาวะวิกฤติของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อวางแนวทางในการสร้างขีดความสามารถให้องค์กรมีความยืดหยุ่นปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้</p> <p>แผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (Business Continuity Plan (BCP) for EIDs in Healthcare Facilities) หมายถึง เอกสารขั้นตอนการดำเนินงานที่ให้แนวทางแก่สถานพยาบาลในการตอบสนอง การฟื้นฟูและการกลับมาดำเนินการ เพื่อให้สามารถคงภารกิจของสถานพยาบาลต่อประชาชนได้ในระดับที่กำหนดไว้</p> <p>หลังเกิดวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และมีการซ้อมแผน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ รพ.ระดับ A และ S ในเขตสุขภาพมีศักยภาพในการให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐานตามแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปรากฏในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ http://gishealth.moph.go.th

หน่วย : แห่ง

เขตสุขภาพ	รพ.ระดับ A	รพ. ระดับ S	รวม
1	3	5	8
2	2	4	6
3	1	4	5
4	3	5	8
5	4	6	10
6	6	3	9
7	2	2	4
8	2	5	7
9	3	2	5
10	1	5	6
11	3	4	7
12	3	5	8
รวมทั้งสิ้น	33	50	83

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12 โดยโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ รายงานผลการดำเนินการตามแผน BCP for EIDs และมีการซ้อมแผน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพที่มีแผนดำเนินการกิจกรอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (BCP for EIDs in Healthcare Facilities)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ

เกณฑ์การประเมิน

ปี2564:

ลำดับ	เป้าหมาย	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน	ผู้รับผิดชอบ
1	เขตสุขภาพมีแผน BCP for EIDs	✓			สำนักงานเขตสุขภาพ 1- 12
2	โรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่งในเขตสุขภาพ มีแผน BCP for EIDs และ มีการซ้อมแผน	✓ (มีแผน)	✓ (ซ้อมแผน)	✓ (ดำเนินการครบ)	รพ.ระดับ A, S ในทุกเขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล :

ลำดับ	เป้าหมาย	วิธีการประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1	เขตสุขภาพมีแผน BCP for EIDs	ข้อมูลรายงาน BCP for EIDs ของเขตสุขภาพ 1 – 12	- สำนักงานเขตสุขภาพ 1 – 12 - กรมการแพทย์ (สำนักนิติเวชระบบการแพทย์)
2	รพ. ระดับ A และ S ทุกแห่งใน	เอกสารแผน BCP for EIDs และรายงานการซ้อมแผน	กรมการแพทย์ (สำนักนิติเวชระบบการแพทย์)

	เขตสุขภาพมีแผน BCP for EIDs และ มีการซ้อมแผน			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือประกอบการจัดทำแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่องสำหรับสถานพยาบาล กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่(BCP for EIDs in Health Care Facilities)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	ร้อยละ	2561	2562
	-	-	2563	-
หมายเหตุ - เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 กองวิชาการ กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 E-mail : kityimpan@gmail.com	
	2. ทพญ.อนอง มั่งคั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6348 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 5345 6491 E-mail : o.mungkung@gmail.com	
	3. นางอำไพพร ยังวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรสาร : 0 2591 8265 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008 E-mail : ampaiporn@yahoo.com	
	4. นางนริศรา แยมทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรสาร : 0 2591 8265 สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1988 3925 E-mail : ecds6285@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851 3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6345 โทรสาร : 0 2591 8279			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 08 1687 4178 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : napa_s1@hotmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์			
	2. นางกฤติกา อิงคสุวรรณกุล หัวหน้ากลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6340 โทรศัพท์มือถือ : 08 6894 9675 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์			
	3. นางบุญญาดา พานทอง หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6348 โทรศัพท์มือถือ : 08 1700 9747			

	โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์	E-mail : planning.sdvs@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com
--	--	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)									
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)									
โครงการที่	13. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล									
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ									
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 30.1 RDU ชั้นที่ 2 30.2 RDU ชั้นที่ 3									
คำนิยาม	<p>(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU community</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) / โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร - RDU PCU หมายถึง รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น - RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ/เขตของกรุงเทพมหานคร <p>1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <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> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <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. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (เกณฑ์ RI </td> <td> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI \leq 20 %, AD \leq 20 %) </td> </tr> </tbody> </table>		RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (เกณฑ์ RI	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI \leq 20 %, AD \leq 20 %)
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)									
๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค									
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)									
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (เกณฑ์ RI	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI \leq 20 %, AD \leq 20 %)									

<p>รพช./รพท. $\leq 30\%$ และ รพช. $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, APL $\leq 15\%$)</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	
--	--

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 9 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 และ 2 แต่ใช้เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$</p> <p>2. การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (\geq ร้อยละ 80)</p> <p>3. ผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid (\geq ร้อยละ 80)</p> <p>4. การไม่ใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป (ร้อยละ 0)</p> <p>5. การไม่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (\leq ร้อยละ 5)</p> <p>6. การใช้ยา long acting benzodiazepine ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ (\leq ร้อยละ 5)</p> <p>7. ลดใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (\leq ร้อยละ 20)</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

■ RDU ชั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>๑. ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น 1, 2 และ 3 ตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ()</p> <p>๒. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับจังหวัด หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือในเครือข่ายโรงพยาบาล หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยาที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

1.2.การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร)

เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

หน่วยวัด ระดับจังหวัด

คำอธิบาย แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน อย่างน้อย 1 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ (RDU coordinator) โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) เพื่อจัดระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุก รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การจัดการความเสี่ยงในชุมชน

2.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) เพื่อให้มีระบบค้นหาปัญหาเชิงรุก การสร้างระบบเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน และวางระบบเชื่อมต่อการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชนและสถานบริการสุขภาพส่งต่อไปสู่การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

3.การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล (Community Participation) เพื่อสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน

4.การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้มีการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและสถานที่จำหน่ายยา รวมถึงร้านชำ หรือร้านสะดวกซื้อ ไม่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย

5.การสร้างความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy) เพื่อพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน รวมถึงการประเมินผล

ระดับความสำเร็จ	คำอธิบาย
ระดับ 1	1.จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตามประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง ๒.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่อำเภอ เป้าหมาย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดอื่น 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 ดูในแนวทางการพัฒนาการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 95 %	- RDU ชั้นที่ 2 50%	- RDU ชั้นที่ 2 62%
RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 20%	- RDU ชั้นที่ 3 20%	- RDU ชั้นที่ 3 32%

วัตถุประสงค์	เพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	RDU hospital: รายงานกองบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	RDU : ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1 (RDU)	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น 3
รายการข้อมูล 2 RDU)	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU hospital; $(A1/B) \times 100$ $(A2/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	RDU hospital: ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
- RDU ชั้นที่ 2 \geq 58 %		- RDU ชั้นที่ 2 \geq 59 %		- RDU ชั้นที่ 2 \geq 61 %	- RDU ชั้นที่ 2 \geq 62 %
- RDU ชั้นที่ 3 \geq 29 %		- RDU ชั้นที่ ๓ \geq 30 %		- RDU ชั้นที่ 3 \geq 31 %	- RDU ชั้นที่ ๓ \geq 32 %
วิธีการประเมินผล :		RDU hospital: การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล			
เอกสารสนับสนุน :		1.รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล 2.แนวทางการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (RDU)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	2561	ร้อยละ	RDU ชั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 11.62 (ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 15)	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 44.92 ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย (RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 17.54)	RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 58.04 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 29.35 (ณ ไตรมาส 4/2563)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญ.นุชรินทร์ โตมาชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779 E-mail : nuchy408@gmail.com		
	2. ญ.นภาภรณ์ ภูริปัญญาวิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9529663 E-mail : pharmui30@gmail.com		
	3. ญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR และระบบรายงาน)		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : praecu@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางกมลรัตน์ นุตยกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 7392 โทรสาร : 02-5918486		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-897-7830 E-mail : maew05rx@fda.moph.go.th กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)		

หมายเหตุ

นิยามปฏิบัติการสำหรับการดำเนินการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา ในที่นี้หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของยาหรือมุ่งหมายใช้เป็นยา

การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง การออกแบบระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance)
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance)
3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ชุมชน¹ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

¹ พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.2543

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ลักษณะ	เชิงปริมาณ (ร้อยละ) Leading Indicator
ระดับการแสดงผล	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 31.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการผ่านระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ 31.2 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง http://203.157.3.54/hssd1/</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ 2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ 3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล 4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ <p>2. ระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลต้องได้ระดับคะแนนรวมมากกว่า 250 คะแนน จาก 500 คะแนนเต็ม - ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญต้องได้คะแนนเกิน 50 % (มากกว่า 50 คะแนน จาก 100 คะแนนเต็ม) - โรงพยาบาลต้องผ่านข้อบังคับของระดับ basic ครบทุกข้อ <p>3. อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด (bacteremia) ที่ติดเชื้อดื้อยา รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin 3. <i>Klebsiella pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin 4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) 5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) 8. <i>Streptococcus pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

	วิธีการคำนวณ $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด} \times 100}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}}$
--	--

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.มีการจัดการ AMR (คะแนนรวม) ผ่าน ระดับ Intermediate	- ร้อยละ 95 ของ รพ.มีการจัดการ AMR (คะแนนรวม) ผ่าน ระดับIntermediate - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 61	- ร้อยละ 70 ของ รพ.มีการจัดการ AMR (ทุกกิจกรรมสำคัญ) ผ่าน ระดับ Intermediate - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 61

วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ปี 64 มีจำนวนรวมทั้งประเทศเท่ากับ 121 แห่ง)
รายการข้อมูล 3	C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61
รายการข้อมูล 4	D = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(D-C) \times 100 / C$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 64 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
	- ร้อยละ 60 ของรพ.ทั้งหมดผ่านระดับ Intermediate ทุกกิจกรรมสำคัญ - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีฐาน (ปีฐาน; ปีปฏิทิน 61 = 36.89)		- ร้อยละ 70 ของรพ.ผ่านระดับ Intermediate ทุกกิจกรรมสำคัญ - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีฐาน

ปี 2565:

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

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	32. 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 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> <td>ลดลงร้อยละ 10</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
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 2564											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2563											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/B \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4											
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>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									
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p>											

	<p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
		ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 7.20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.62	ลดลงร้อยละ 2.82
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตนานนท์ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901761 โทรสาร : 02 - 5901802</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางณัฐธิดา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>4. นางสาวสุธิศา เงินกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : sparadizes@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางณัฐธิดา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>3. นางสาวสุธิศา เงินกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : sparadizes@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

5หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)			
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	33. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
	< 3.6 ต่อ 1,000	< 3.5 ต่อ 1,000	< 3.4 ต่อ 1,000	
	ทารกแรกเกิดมีชีพ	ทารกแรกเกิดมีชีพ	ทารกแรกเกิดมีชีพ	
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.50 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.40 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล			
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	7	อัตราการตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	4.41	4.52	4.21
	HDC: 2 ต.ค. 63 ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ผศ.พิเศษ นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 3007 0578 โทรสาร : 0 2354 89439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ผศ.พิเศษ นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 3007 0578 โทรสาร : 0 2354 89439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	16. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	34. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ร่วมกับยาและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย</p> <p>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน (หรือ เท่ากับ 1 FTE) โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03 2.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 2.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 2.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7) 2.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 2.8 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย 2.9 ผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึงพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง มีรายการยา Long acting Opioid ชนิดรับประทาน และดูดซึมผ่านผิวหนัง ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ ย ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อมีผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยา มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด

	<p>4. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยกระบวนการ Family Meeting และมีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)</p> <p>*เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังอุปกรณ์การแพทย์ และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย:			
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน
แหล่งข้อมูล	Health data center (https://hdcservice.moph.go.th) รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล (workload)
รายการข้อมูล 1	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03,

	N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24 (ยกเว้น B23.0, B23.1), ผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย), ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรค และ R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ								
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ รายการยา Opioid ที่องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก 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) และ ยา Oxycodone/OXYCONTIN เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน									
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 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40						
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 45</td> <td>≥ ร้อยละ 45</td> <td>≥ ร้อยละ 45</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45						
ปี 2566:									
	<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>≥ ร้อยละ 45</td> <td>≥ ร้อยละ 45</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจราชการ โดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข 3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด 4. การติดตามรายการยา Opioid โดยกองบริหารระบบสาธารณสุข 5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ provincial network certification 								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778) 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์ https://qr.go.page.link/5fsEi 4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care Version 1.2016 								

	<p>2. พญ. เตือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรสาร : 0 2245 7580 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 E-mail: noiduenpen@yahoo.com</p>
	<p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน 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"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดมือเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระดูก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด <p>หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/LABOR/ COMMUNITY_SERVICE)			
รายการข้อมูล 1 (A)	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย)			
รายการข้อมูล 2 (B)	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
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 และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน	1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ., รพท., รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ 6 ของการส่งใช้ยาทั้งหมด
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. มีระบบจัดการยาสมุนไพรในจังหวัด 1.1 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อบริหารยาสมุนไพรของจังหวัด	1. ร่วมจัดบริการการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) จังหวัดละ 1 แห่ง 2. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผน	1. สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ., รพท., รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและ

<p>1.2 มีบัญชียาสมุนไพรของจังหวัด ไม่น้อยกว่า 30 รายการ</p> <p>1.3 มีการกำหนดยาสมุนไพรทดแทนหรือใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First line drug)</p> <p>1.4 มีแผนงานหรือการจัดสรรเงินสำหรับยาสมุนไพรในจังหวัด</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน</p> <p>3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข</p>	<p>ปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ</p> <p>3. บูรณาการการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับให้มีการบริการ ตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม รักษาโรคเรื้อรัง เช่น DM, HT, COPD, OA, CVA CA ฯลฯ อย่างน้อย 1 โรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน <p>2. จำนวนครั้งของรพ. การแพทย์แผนไทยนำร่อง 19 แห่ง มีการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพื่อการรักษาโรค เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</p>	<p>การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 19.5</p> <p>2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดยมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6 (ปี 2562 คิดเป็น ร้อยละ 5.17)</p>
---	---	--	--

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ขับเคลื่อนการประชุม Service Plan สาขาแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 1 งานบริการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการใช้ยาตำรับ</p> <p>2. มีแผนงานโครงการระดับจังหวัดในการพัฒนาฯ โดยให้สอดคล้องกับแผนของกรมฯ</p>	<p>1. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ</p> <p>2. สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ., รพท., รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน 	<p>1. มีการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน Intermediate care (IMC) จังหวัดละ 1 แห่ง</p>	<p>1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5</p> <p>2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วย)</p>

			นอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด) 3. ร้อยละของการส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะรายเพื่อการรักษาโรคเพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งของการส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะรายเทียบกับจำนวนครั้งของการจ่ายยาสมุนไพรทั้งหมด)																									
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																											
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายระดับสถานบริการ ดังต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="523 996 1444 1249"> <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>รพศ./รพท.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.94</td> <td>9.12</td> <td>8.97</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>16.88</td> <td>14.69</td> <td>14.91</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>33.32</td> <td>36.48</td> <td>35.96</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.94	9.12	8.97	รพช.	ร้อยละ	16.88	14.69	14.91	รพ.สต.	ร้อยละ	33.32	36.48	35.96
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		2561	2562	2563																								
รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.94	9.12	8.97																								
รพช.	ร้อยละ	16.88	14.69	14.91																								
รพ.สต.	ร้อยละ	33.32	36.48	35.96																								
2. รายละเอียดการส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะราย จำแนกรายระดับสถานบริการ ดังต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="523 1294 1444 1541"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">การส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะราย ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th colspan="3">2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ./รพท.</td> <td>ร้อยละ</td> <td colspan="3">0.25</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>ร้อยละ</td> <td colspan="3">0.68</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>ร้อยละ</td> <td colspan="3">0.58</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	การส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะราย ปีงบประมาณ พ.ศ.			2563			รพศ./รพท.	ร้อยละ	0.25			รพช.	ร้อยละ	0.68			รพ.สต.	ร้อยละ	0.58			
Baseline data	หน่วยวัด	การส่งจ่ายยาปุรงเฉพาะราย ปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		2563																										
รพศ./รพท.	ร้อยละ	0.25																										
รพช.	ร้อยละ	0.68																										
รพ.สต.	ร้อยละ	0.58																										
3. ประเมินการผลการดำเนินงาน จำแนกรายจังหวัด สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="507 1585 1444 2042"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563</th> <th colspan="2">ค่าประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในปีต่อไป หากใช้กลวิธีดำเนินงานในลักษณะเดิม</th> </tr> <tr> <th>พ.ศ. 2564</th> <th>พ.ศ. 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ค่าเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 20.5</td> <td>ร้อยละ 21.5</td> </tr> <tr> <td>จังหวัดที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)</td> <td>19 (25.00)</td> <td>31 (40.78)</td> <td>39 (51.31)</td> </tr> <tr> <td>จังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)</td> <td>57 (75.00)</td> <td>45 (59.21)</td> <td>37 (48.68)</td> </tr> </tbody> </table>						ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ค่าประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในปีต่อไป หากใช้กลวิธีดำเนินงานในลักษณะเดิม		พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5	จังหวัดที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	19 (25.00)	31 (40.78)	39 (51.31)	จังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	57 (75.00)	45 (59.21)	37 (48.68)						
	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ค่าประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในปีต่อไป หากใช้กลวิธีดำเนินงานในลักษณะเดิม																										
		พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565																									
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5																									
จังหวัดที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	19 (25.00)	31 (40.78)	39 (51.31)																									
จังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	57 (75.00)	45 (59.21)	37 (48.68)																									
ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 6 สิงหาคม 2563																												

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5636 กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. นางบุญใจ ลิมศิลา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : - สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>4. ดร.รัชณี จันทร์เกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นายยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>6. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 08-4439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 08-1872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 08-1713-6783 E-mail : boonjai@yahoo.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08-9899-8083 E-mail : ispt.oasp.dtam@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 06-4323-5939 E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>2. นางสาวกัญณัฐ อูทุมพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08-3622-9351 E-mail : kynfang1989@gmail.com</p> <p>3. นายพิสิษฐ์พล นางาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 087-545-4945 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)					
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช					
ระดับการแสดงผล	จังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย :		ปีงบประมาณ 60 ≥ร้อยละ 50	ปีงบประมาณ 61 ≥ร้อยละ 55	ปีงบประมาณ 62 ≥ร้อยละ 63	ปีงบประมาณ 63 ≥ร้อยละ 68	ปีงบประมาณ 64 ≥ร้อยละ 71
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2564 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4					

เกณฑ์การประเมิน: ปี 2560					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ร้อยละ 50		
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 36	ร้อยละ 54	ร้อยละ 71		
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	ร้อยละ	2561	2562	2563
			61.21	68.22	72.84 (ข้อมูล ณ 30 ก.ย.63)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 โทรสาร : 045-352514 E-mail : pat-ukn@yahoo.com 2. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352500 โทรศัพท์มือถือ : 080-5989191 โทรสาร : 045-352514 Email: kanokwirote@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายประมอญ พิมพ์หล่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352535 โทรศัพท์มือถือ : 088-581-7727 โทรสาร : 045-352513 E-mail : proj207@hotmail.com				

	2.นายอรรถกร วงศ์อนันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 083-128-7033 โทรสาร : 045-352513 E-mail : info@thaidepression.com
	3.นายวีระพงศ์ ผาปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352621 โทรศัพท์มือถือ : 088-599-4087 โทรสาร : 045-352513 E-mail : depression54@hotmail.com ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 37.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 37.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2562 - กันยายน 2564 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564)</p> <p>ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแลติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2564 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2564 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2564 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศต่อไป			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2564 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป้าหมาย : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายย่อย : รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต			
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย เป้าหมายย่อย : หน่วยบริการสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2563			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าของปี 63 + รายใหม่ ปี 64)			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 63 + รายใหม่ ปี 64)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายย่อย : $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน
-	-	-	ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน
-	-	-	ร้อยละ 85

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

เอกสารสนับสนุน :

- ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.32	6.64	5.38 (ข้อมูล ณ มีย.63)
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.3	94.0	98.86 (10 เดือน)

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	38. 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 ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไป ที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงาน</p>

	<p>ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>		
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>			
	<p>ปีงบประมาณ 64</p> <p>< ร้อยละ 26</p>	<p>ปีงบประมาณ 65</p> <p>< ร้อยละ 24</p>	<p>ปีงบประมาณ 66</p> <p>< ร้อยละ 22</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน</p>		
รายการข้อมูล 1	<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>		
รายการข้อมูล 2	<p>B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น</p>		
รายการข้อมูล 3	<p>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 ไม่ตีขึ้น</p>		
รายการข้อมูล 4	<p>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)</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A+C) / D \times 100$</p>		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รายไตรมาส</p>		

เกณฑ์การประเมิน

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

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	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	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2566 :

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	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. เกณฑ์การให้คะแนน:
ใช้อัตราการสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน :

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
-	ร้อยละ	34.65	32.92	31.17

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
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	ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			ดี	ดี	ดี	ดี	ไม่มีรู้สึกตัว
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2

Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

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

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

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

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

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

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																								
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)																								
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบสุขภาพ 5 สาขาหลัก																								
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ																								
ชื่อตัวชี้วัด	<p>39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ</p> <p>39.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ</p> <p>39.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 50 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล</p> <p>39.3 Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)</p>																								
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า)</p> <p>จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Femoral neck</td> <td>S72.0</td> </tr> <tr> <td>2. Intertrochanter</td> <td>S72.1</td> </tr> <tr> <td>3. Subtrochanter</td> <td>S72.2</td> </tr> </table> <p>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Compression spine</td> <td>S22.0 (T-spine)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S32.0 (LS-spine)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S32.7 (multiple LS with pelvis)</td> </tr> <tr> <td>2. Humerus</td> <td>S42.2 (proximal)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S42.3 (shaft)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S42.4 (distal)</td> </tr> <tr> <td>3. Distal radius</td> <td>S52.5 (without ulna)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>S52.6 (with ulna)</td> </tr> <tr> <td>4. Distal femur</td> <td>S72.4</td> </tr> </table>	1. Femoral neck	S72.0	2. Intertrochanter	S72.1	3. Subtrochanter	S72.2	1. Compression spine	S22.0 (T-spine)		S32.0 (LS-spine)		S32.7 (multiple LS with pelvis)	2. Humerus	S42.2 (proximal)		S42.3 (shaft)		S42.4 (distal)	3. Distal radius	S52.5 (without ulna)		S52.6 (with ulna)	4. Distal femur	S72.4
1. Femoral neck	S72.0																								
2. Intertrochanter	S72.1																								
3. Subtrochanter	S72.2																								
1. Compression spine	S22.0 (T-spine)																								
	S32.0 (LS-spine)																								
	S32.7 (multiple LS with pelvis)																								
2. Humerus	S42.2 (proximal)																								
	S42.3 (shaft)																								
	S42.4 (distal)																								
3. Distal radius	S52.5 (without ulna)																								
	S52.6 (with ulna)																								
4. Distal femur	S72.4																								

	<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>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด 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>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :	
ปีงบประมาณ 64	
3.91 ร้อยละการจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	
3.92 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) > ร้อยละ 50 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	
3.93 Refracture Rate < ร้อยละ 20	

วัตถุประสงค์	<p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p>องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p> <p>หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน</p> <p>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</p> <p>จำเป็นต้องมี</p> <p>ระดับ รพศ./รพท.- วิชาญญแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>ระดับ รพช. - วิชาญญแพทย์, อายุรแพทย์</p> <p>แนะนำให้มี</p> <p>ระดับ รพศ./รพท.- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ</p> <p>จำเป็นต้องมี - เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p>แนะนำให้มี - ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p>
---------------------	--

	<p>* หมายเหตุ :</p> <p>แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะนั้น</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Refracture Prevention</p>																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์ (ตัวชี้วัดที่ 39.1)</p> <p>2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน (ตัวชี้วัดที่ 39.2/39.3)</p>																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบโรงพยาบาล</p> <p>2. ฐานข้อมูลในรูปแบบ Application และเก็บข้อมูลเป็น National Registry</p> <p>3. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>																								
แหล่งข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12																								
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนโรงพยาบาล M1, S, A ที่มีทีม Refracture Prevention																								
รายการข้อมูล 1.2	B1 = จำนวนโรงพยาบาล M1, S, A																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$																								
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง																								
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$																								
รายการข้อมูล 3.1	A3 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ																								
รายการข้อมูล 3.2	B3 = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																								
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ปี 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</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>39.1</td> <td>มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.03</td> <td>มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.06</td> <td>มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.09</td> <td>มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.13</td> </tr> <tr> <td>39.2</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>39.3</td> <td>< ร้อยละ 20</td> <td>< ร้อยละ 20</td> <td>< ร้อยละ 20</td> <td>< ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>						ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	39.1	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.03	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.06	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.09	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.13	39.2	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	39.3	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																					
39.1	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.03	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.06	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.09	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.13																					
39.2	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50																					
39.3	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20																					
วิธีการประเมินผล :	-																								
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีมและการดำเนินโครงการ Refracture Prevention																								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ตัวชี้วัด 39.1	ร้อยละ	ทั่วประเทศ 50 โรงพยาบาล (ร้อยละ 42)	ทั่วประเทศ 95 โรงพยาบาล (ร้อยละ 79)	ทั่วประเทศ 101 โรงพยาบาล (ร้อยละ 83.5)
	ตัวชี้วัด 39.2	ร้อยละ	37.63	50.90	47.79
	ตัวชี้วัด 39.3	ร้อยละ	0.64	1.40	1.29
หมายเหตุ : ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 – 2562 ที่มาจากสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2562 สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2563					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ชิตวีร์ เจียมตม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9933 โทรสาร : 0 2353 9756 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9127 2932 E-mail : jiamond@hotmail.com		
	2. พญ.ชายนัน เมธาติลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9844 โทรสาร : 0 2353 9759 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1530 0570 E-mail : sciorthop@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นพ.ชิตวีร์ เจียมตม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9933 โทรสาร : 0 2353 9756 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9127 2932 E-mail : jiamond@hotmail.com		
	2. พญ.ชายนัน เมธาติลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9844 โทรสาร : 0 2353 9759 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1530 0570 E-mail : sciorthop@gmail.com		
	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																		
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการที่	20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ																		
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัด	40. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาดำเนินการตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด 40.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 40.2 ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด																		
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																		
ตัวชี้วัดหลัก	40.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																		
เกณฑ์เป้าหมาย:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 9</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8										
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66																	
< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8																	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry และหรือดูที่ Health Data Center (HDC)																		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry และหรือดูที่ Health Data Center (HDC)																		
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด																		
รายการข้อมูล 2.1	B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																		
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี2564:</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>< ร้อยละ 9</td> <td>< ร้อยละ 9</td> <td>< ร้อยละ 9</td> <td>< ร้อยละ 9</td> </tr> </tbody> </table> <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>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8																

ปี 2566:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8													
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC																
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>13.39</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.84</td> <td>8.85</td> <td>10.45</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูลจาก Thai ACS Registry</p>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	13.39	ร้อยละ	9.84	8.85	10.45
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2563													
13.39	ร้อยละ	9.84	8.85	10.45													
ตัวชี้วัดรอง	40.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด																
เกณฑ์เป้าหมาย:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70							
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66															
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70															
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย STEMI																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน																
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน																
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนครั้งการรักษที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล																
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$																
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																
เกณฑ์การประเมิน																	
ปี 2564:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60													
ปี 2565:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60													
ปี 2566:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70													
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC																

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	N/A	49.02	47.15
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	N/A	49.51	46.20
ข้อมูลจาก Thai ACS Registry					
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - Thai ACS Registry - Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 - 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. 				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.อรวรรณ อนุไพวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรสาร : 0 2591 9972 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.อรวรรณ อนุไพวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรสาร : 0 2591 9972 สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com		
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	41. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 41.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 41.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 41.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ถามยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ถามยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ถามยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

	<p>-ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</p> <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย:			
ตัวชี้วัดย่อย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่ นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based: TCB หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูล ส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง 		
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด		

รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$																										
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)																										
เกณฑ์การประเมิน																											
ปี 2564:																											
	ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60																						
ปี 2565:																											
	ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60																						
ปี 2566:																											
	ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75																						
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60																						
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม																										
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง																										
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>การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>71.05</td> <td>71.07</td> <td>69.99</td> </tr> <tr> <td>เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>74.49</td> <td>70.45</td> <td>73.01</td> </tr> <tr> <td>รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>51.90</td> <td>55.08</td> <td>54.60</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	71.05	71.07	69.99	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.49	70.45	73.01	รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	51.90	55.08	54.60
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
		2561	2562	2563																							
การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	71.05	71.07	69.99																							
เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.49	70.45	73.01																							
รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	51.90	55.08	54.60																							
	หมายเหตุ : ข้อมูลพื้นฐานจากการตรวจราชการ																										

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)								
โครงการที่	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	42. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr								
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 66%</td> <td>≥ 66%</td> <td>≥ 66%</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	≥ 66%	≥ 66%	≥ 66%
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66							
≥ 66%	≥ 66%	≥ 66%							
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน								
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"> การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 								
แหล่งข้อมูล	HDC								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100 คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส								

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายไพบูลย์ ไวกย หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ โทรศัพท์มือถือ : 08 1853 4057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	43. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400		
เกณฑ์เป้าหมาย:			
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลาารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
ปี 2566:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ร้อยละ	84.44	84.11	84.16
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพทท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. ผู้รับผิดชอบโปรแกรม vision 2020 Thailand 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพทท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพทท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพทท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)
โครงการที่	24. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	44. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)
คำนิยาม	ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกไปปลูกถ่าย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2564 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2563 เป็นตัวหาร)

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2562 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2564 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565 ของแต่ละเขตสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ 2564		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2563		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยในปี 2562 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20		
ระยะเวลาประเมินผล	รวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ		

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2562 ของแต่ละเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7
ผล 62	0.19	0.39	0.17	0.19	0.22	0.30	0.56
เกณฑ์ 64	≥ 0.23	≥ 0.47	≥ 0.20	≥ 0.23	≥ 0.26	≥ 0.36	≥ 0.67

เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
ผล 62	0.58	0.23	0.16	0.11	0.07	N/A	0.26
เกณฑ์ 64	≥ 0.70	≥ 0.28	≥ 0.20	≥ 0.13	≥ 0.08	-	≥ 0.30

* ข้อมูลปี 2562 จาก สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2562

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2564 ของแต่ละเขตสุขภาพ

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2565 ของแต่ละเขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล :

-

เอกสารสนับสนุน :

ข้อมูลรายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	2561	2562	2563
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.2 : 100	0.26 : 100	0.27 : 100
ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

พญ.กรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 1808 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 09 5409 1619
โทรสาร : 0 2354 8188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	25. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)														
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>97 (Remission Rate)</td> <td>90 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)</td> <td>20 (Retention Rate กลุ่มผู้ติด)</td> <td>50 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)</td> <td>55 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	97 (Remission Rate)	90 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)	20 (Retention Rate กลุ่มผู้ติด)	50 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)	55 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
97 (Remission Rate)	90 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)	20 (Retention Rate กลุ่มผู้ติด)	50 (Retention Rate ทุกกลุ่ม)	55 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)											
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล														
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู														
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน														

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
97 (Remission Rate)	97 (Remission Rate)	97 (Remission Rate)	97 (Remission Rate)

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
90 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	90 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	90 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	90 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20 (Retention Rate กลุ่มผู้ ติด)	20 (Retention Rate กลุ่มผู้ ติด)	20 (Retention Rate กลุ่มผู้ ติด)	20 (Retention Rate กลุ่มผู้ติด)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
50 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	50 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	50 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)	50 (Retention Rate ทุก กลุ่ม)

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
55 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ)	55 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ)	55 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ)	55 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ)

วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและ
บันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล
โดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
35	40	45	50	55

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย3ปี 44.36)	48.57	41.23	43.53 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ต.ค. 63)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อ - สกุล นายแพทย์อังกร ภัทรารกร ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สถานที่ทำงาน : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <p>2. ชื่อ - สกุล นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สถานที่ทำงาน : สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p> <p>3. ชื่อ - สกุล นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-298080 โทรศัพท์มือถือ : 093-2654696 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์</p> <p>4. ชื่อ - สกุล นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-1624199 โทรสาร : E-mail :</p> <p>สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กองบริหารการสาธารณสุข - กรมการแพทย์ 				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ชื่อ - สกุล นายชลภัชร ลันสุชีพ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรศัพท์มือถือ : 095-9326174 โทรสาร : 02-5901863 E-mail : chonla.duntae@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ชื่อ - สกุล นางอัจฉรา วิไลสกุลยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 089-9279829 โทรสาร : 02-5901740 E-mail :</p> <p>สถานที่ทำงาน : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ชื่อ - สกุล นางระเบียบ โตแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรศัพท์มือถือ : 092-8979299 โทรสาร : E-mail :</p>				

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)																
โครงการที่	26. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัด	<p>46. การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>46.1 ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>46.2 ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p>																
คำนิยาม	<p>การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยพระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>* <u>หมายเหตุ</u> ใน รพ.ที่ยังไม่มีความพร้อมในการทำ Intermediate Ward พิจารณาเริ่มดำเนินการ Intermediate bed เป็นเบื้องต้น เพื่อให้มีระบบบริการฟื้นฟูต่อเนื่อง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คำย่อ</th> <th>คำเต็ม</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BI</td> <td>Barthel ADL index</td> <td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td> </tr> <tr> <td>IMC</td> <td>Intermediate care</td> <td>การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง</td> </tr> <tr> <td>คำย่อ</td> <td>คำเต็ม</td> <td>คำอธิบาย</td> </tr> <tr> <td>IPD</td> <td>In-patient department</td> <td>หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา</td> </tr> </tbody> </table>		คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20	IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย															
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20															
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง															
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย															
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	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (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	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
	F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
	F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
	F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด 46.1 :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด 46.2 :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury และ Spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
--------------	--

	4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีการให้บริการ Intermediate ward อย่างน้อย 1 แห่ง ใน รพ.ระดับ M หรือ F (ตามภาคผนวก 1 และ 2) <u>ภาคผนวก 1</u> เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (Checklist for Intermediate ward) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F <u>ภาคผนวก 2</u> IPD care protocol ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)			
รายการข้อมูล 1.2	B1 = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในแต่ละเขตสุขภาพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$ <u>หมายเหตุ</u> * โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยรวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา * การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2.1	A2 = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20			
รายการข้อมูล 2.2	B2 = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2564:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 40	-	≥ ร้อยละ 40
รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 65	-	≥ ร้อยละ 65
ปี 2565:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50
รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 70	-	≥ ร้อยละ 70

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัดการบริหารพื้นที่สภาระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward) สำหรับ รพ.ระดับ M และ F โรงพยาบาล

..... จังหวัด..... ระดับ.....

- ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างเดียวหนึ่งตามที่ รพ.ได้กำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย 		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี) 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารพื้นที่สภาระยะกลางผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1ครั้ง/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk) 		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 30 - 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 30 - 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
6. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter 		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane ○ Wheelchair 		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward <input type="checkbox"/> ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1-8) <input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6				

ภาคผนวก 2 IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN.....		
รพ.				
Diagnosis <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		Underlying disease • • •		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดทำนอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดทำนอน ทำนั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดทำ/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศาขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการเป่าฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้สื่ออุปกรณ์หรือช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรงแทนนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรงแทนนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรงแทนนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย <input type="checkbox"/> Order ส่วนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> ส่วนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Team Meeting Report

รพ.

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....ตึก.....
HN..... AN.....

สรุปประเด็น															
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน		<input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน..... <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> วัสดุอุปกรณ์.....													
Problem (V or X)						Goal / Plan of management									
<input type="checkbox"/> ADL.....		Level of Assistance				<input type="checkbox"/> Independent		<input type="checkbox"/> Minimal assist							
<input type="checkbox"/> Ambulation.....		<input type="checkbox"/> Walk with.....				<input type="checkbox"/> Bed mobility/ sitting balance		<input type="checkbox"/> Wheelchair				<input type="checkbox"/> Physiologic standing			
<input type="checkbox"/> Swallowing.....		<input type="checkbox"/> NG tube				<input type="checkbox"/> Oral (<input type="checkbox"/> Compensate <input type="checkbox"/> Positioning		<input type="checkbox"/> NG tube + oral				<input type="checkbox"/> Diet modification)			
<input type="checkbox"/> Bowel.....		<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเปื้อน				<input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย/ หรือสวนอุจจาระ				<input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง					
<input type="checkbox"/> Bladder.....		<input type="checkbox"/> On Foley's cath				<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเปื้อน		<input type="checkbox"/> CIC (Intermittent cath)				<input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง			
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)															
<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง				<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
<input type="checkbox"/> PT (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> ฝึกต่อแบบ OPD case				<input type="checkbox"/> Home program / สอนญาติ				<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน				<input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน					
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ).....		<input type="checkbox"/> นัด follow up.....				<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....				<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน					
<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....															
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
ครั้งที่	(วัน/เดือน/ปี) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index											คะแนนรวม		
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, -)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)	20			
admit															
D/C															

Activities Protocol (Short Stay)

For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)

(ปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล)

เวลา	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
8.00 - 9.00	รับผู้ป่วย	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ
9.00 - 10.00					
10.00 - 11.00	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	พยาบาลจิต เวช / นักจิตวิทยา	โภชนากร / เภสัชกร	แพทย์แผน ไทย	การพยาบาล เพื่อวาง แผนการ จำหน่าย
11.00 - 12.00					
12.00 - 13.00	พักกลางวัน				
13.00 - 14.00	กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัด	Team Meeting	กายภาพบำบัด	Home Program
14.00 - 15.00					กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
15.00 - 16.00	กิจกรรมบำบัด	กิจกรรมบำบัด		กิจกรรมบำบัด	

- ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)							
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
โครงการที่	27. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ							
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery							
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาค่าหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>Diagnosis</th> <th>ICD-10 /ICD-9-CM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Inguinal hernia</td> <td> ICD10 – ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy </td> </tr> </tbody> </table>		ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM	1	Inguinal hernia	ICD10 – ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy
ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM						
1	Inguinal hernia	ICD10 – ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy						

		53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	ICD10 – ICD9 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3	Hemorrhoid	ICD10 – ICD9 : 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
4	Vaginal bleeding	ICD10 – ICD9 : 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	ICD10 : I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere ICD9 : 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal-Gastric Stricture	ICD10 – ICD9 : 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	ICD10 : C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach ICD9 : 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	ICD 10 : D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp

		<p>K63.5 Polyp of colon</p> <p>ICD9 :</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>ICD10 :</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>ICD9 :</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>ICD10 :</p> <p>K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus</p> <p>ICD9 :</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>ICD10 :</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>ICD9 :</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>ICD10 :</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>ICD9 :</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>ICD10 :</p> <p>T18.1 Foreign body in oesophagus</p> <p>T18.2 Foreign body in stomach</p> <p>ICD9 :</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>ICD10 :</p> <p>H11.0 Pterygium</p> <p>ICD9 :</p> <p>11.31 Transposition of pterygium</p> <p>11.32 Excision of pterygium with corneal graft</p> <p>11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva</p>
15	Female sterilization	<p>ICD10 :</p> <p>Z30.2 Sterilization</p> <p>ICD9 :</p> <p>66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes</p> <p>66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes</p> <p>66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation</p>

		66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
16	Percutaneous fracture fixation	<p>ICD10 :</p> <p>S42.1 Fracture of scapula</p> <p>S42.2 Fracture of upper end of humerus</p> <p>S42.3 Fracture of shaft of humerus</p> <p>S42.4 Fracture of lower end of humerus</p> <p>S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus</p> <p>S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm</p> <p>S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified</p> <p>S52.0 Fracture of upper end of ulna</p> <p>S52.1 Fracture of upper end of radius</p> <p>S52.2 Fracture of shaft of ulna</p> <p>S52.3 Fracture of shaft of radius</p> <p>S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius</p> <p>S52.5 Fracture of lower end of radius</p> <p>S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius</p> <p>S52.7 Multiple fractures of forearm</p> <p>S52.8 Fracture of other parts of forearm</p> <p>S52.9 Fracture of forearm, part unspecified</p> <p>S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand</p> <p>S62.1 Fracture of other carpal bone(s)</p> <p>S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones</p> <p>S62.7 Multiple fractures of fingers</p> <p>S82.0 Fracture of patella</p> <p>S82.1 Fracture of upper end of tibia</p> <p>S82.2 Fracture of shaft of tibia</p> <p>S82.3 Fracture of lower end of tibia</p> <p>S82.4 Fracture of fibula alone</p> <p>S82.5 Fracture of medial malleolus</p> <p>S82.6 Fracture of lateral malleolus</p> <p>S82.7 Multiple fractures of lower leg</p> <p>S82.8 Fractures of other parts of lower leg</p> <p>S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified</p> <p>S92.0 Fracture of calcaneus</p> <p>S92.1 Fracture of talus Astragalus</p> <p>S92.2 Fracture of other tarsal bone(s)</p> <p>S92.7 Multiple fractures of foot</p> <p>ICD9 :</p> <p>78.1 Application of external fixator device</p>
17	Fistula in ano	<p>ICD10 :</p> <p>K60.3 Anal fistula</p> <p>ICD9 :</p> <p>49.11 Anal fistulotomy</p> <p>49.12 Anal fistulectomy</p>

18	Perirectal, Perianal abscess	ICD10 : K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess ICD9 : 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
19	Breast abscess	ICD10 : N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth ICD9 : 85.0 Mastotomy
20	Vesicle stone	ICD10 : N21.0 Calculus in bladder ICD9 : 57.0 Transurethral clearance of bladder
21	Ureteric stone	ICD10 : N20.1 Calculus of ureter ICD9 : 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
22	Urethral stone	ICD10 : N21.1 Calculus in urethra ICD9 : 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
23	Urethral stricture	ICD10 : N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified ICD9 : 58.5 Release of urethral stricture
24	Anal fissure	ICD10 : K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified ICD9 : 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
25	Orchidectomy	ICD10 : C61 MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE D292 BENIGN NEOPLASM OF TESTIS

		<p>N40 HYPERPLASIA OF PROSTATE N44 TORSION OF TESTIS N450 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMO-ORCHITIS WITH ABSCESS N459 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMO-ORCHITIS WITHOUT ABSCESS N500 ATROPHY OF TESTIS N501 VASCULAR DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS N508 OTHER SPECIFIED DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS N509 DISORDER OF MALE GENITAL ORGANS, UNSPECIFIED Q531 UNDESCENDED TESTICLE, UNILATERAL Q532 UNDESCENDED TESTICLE, BILATERAL Q552 OTHER CONGENITAL MALFORMATIONS OF TESTIS AND SCROTUM</p> <p>ICD9 : 62.3 Unilateral Orchidectomy 62.41 Bilateral orchidectomy NOS 62.42 Removal of solitary testis</p>
26	Hysteroscopy	<p>ICD10 : D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs:Endometrium D250 SUBMUCOUS LEIOMYOMA OF UTERUS D252 SUBSEROSAL LEIOMYOMA OF UTERUS D26* Other benign neoplasms of uterus D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs :Uterus N710 ACUTE INFLAMMATORY DISEASE OF UTERUS N80.0 Endometriosis of uterus N801 ENDOMETRIOSIS OF OVARY N80.9 Endometriosis, unspecified N84* Polyp of female genital tract N85* Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N91-N98 Noninflammatory disorders of female genital tract</p> <p>ICD9 : 68.12 Hysteroscopy</p>
27	Amputation finger	<p>ICD10 : C436 MALIGNANT MELANOMA OF UPPER LIMB, INCLUDING SHOULDER</p>

			<p>E10.5/7 Diabetes Mellitus With peripheral circulatory complications/ With multiple complications Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E11.5/7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E12.5/7 Malnutrition-related diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E13.5/7 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E14.5/7 Unspecified diabetes mellitus</p> <p>M8644 CHRONIC OSTEOMYELITIS WITH DRAINING SINUS:CARPUS/FINGER/METACARPUS</p> <p>M72.6 Necrotizing fasciitis</p> <p>R02 GANGRENE, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED</p> <p>S611 OPEN WOUND OF FINGER(S) WITH DAMAGE TO NAIL</p> <p>S6261 FRACTURE OF OTHER FINGER: OPEN</p> <p>S6271 MULTIPLE FRACTURES OF FINGERS: OPEN</p> <p>S6281 FRACTURE OF OTHER AND UNSPECIFIED PARTS OF WRIST AND HAND: OPEN</p> <p>S680 TRAUMATIC AMPUTATION OF THUMB (COMPLETEXPARTIAL)</p> <p>S681 TRAUMATIC AMPUTATION OF OTHER SINGLE FINGER (COMPLETEXPARTIAL)</p> <p>S682 TRAUMATIC AMPUTATION OF TWO OR MORE FINGERS ALONE (COMPLETEXPARTIAL)</p> <p>T233 BURN OF THIRD DEGREE OF WRIST AND HAND</p> <p>T793 POST-TRAUMATIC WOUND INFECTION, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED</p> <p>T846 INFECTION AND INFLAMMATORY REACTION DUE TO INTERNAL FIXATION DEVICE [ANY SITE]</p> <p>ICD9 :</p> <p>84.01 Amputation finger</p>
	28	Wide excision breast mass	<p>ICD10 :</p> <p>C50* Malignant neoplasm of breast</p> <p>D05* Carcinoma in situ of breast</p> <p>D48.6 Phyllodes tumor</p> <p>ICD9 :</p> <p>85.21 Wide excision breast mass</p>
	29	Simple mastectomy	<p>ICD10 :</p> <p>C50* Malignant neoplasm of breast</p> <p>D05* Carcinoma in situ of breast</p> <p>D24 Benign neoplasm of breast</p> <p>N601 DIFFUSE CYSTIC MASTOPATHY</p> <p>N603 FIBROSCLEROSIS OF BREAST</p> <p>N62 HYPERTROPHY OF BREAST</p>

		Q831 ACCESSORY BREAST ICD9 : 85.41 simple mastectomy
30	Breast conservative surgery	ICD10 : C50* Malignant neoplasm of breast D05* Carcinoma in situ of breast ICD9 : 85.21 Breast conservative surgery 85.22 Resection of quadrant of breast 85.23 Subtotal mastectomy
31	Tongue tie release	ICD10 : Q381 ANKYLOGLOSSIA ICD9 : 25.91 Tongue tie release 25.92 Lingual frenectomy 27.91 Labial frenectomy

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	≥ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	≥ ร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry
แหล่งข้อมูล	ระบบ One Day Surgery Registry
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ *หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ $\frac{A = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery}}{B = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 20

ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30		
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 40		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ร้อยละ	92.46	89.87	93.31
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ผู้อำนวยการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 E-mail: eva634752@gmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑตติกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</p>				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: klangpol@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>
---	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	27. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS								
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	<p>48. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)</p> <p>48.1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิต ขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury</p> <p>48.2 Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI)</p>								
คำนิยาม	<p>การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแบบทำยการรักษากการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กรณี</th> <th>กลุ่ม DRGs</th> <th>รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ</td> <td>07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC</td> <td>ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis</td> </tr> <tr> <td>07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC</td> <td>K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD9 : -</td> </tr> </tbody> </table>	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC	ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis	07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC	K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD9 : -
กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)							
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC	ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis							
	07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC	K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD9 : -							

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง
 กรณีที่ 1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิต ขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury < ร้อยละ 1
 กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI) < ร้อยละ 5

เกณฑ์เป้าหมาย :

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
กรณีที่ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1
กรณีที่ 2	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5

วัตถุประสงค์	เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายเหตุ:ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry
แหล่งข้อมูล	ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน
รายการข้อมูล 1.2	B1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A1/B1) \times 100$
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน Re-admit ภายใน 1 เดือน
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	$(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5

ปี 2566:

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1
	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
	-	ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรสาร : 0 2591 8264 E-mail: kityimpan@gmail.com</p> <p>2. นพ.ทวิชัย วิษณุโยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรสาร : 0 4423 5000 E-mail: eva634752@gmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรสาร : 0 3458 7800 E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: klangpol@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com</p>			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: klangpol@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	28. โครงการกัญชาทางการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	49. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ				
คำนิยาม	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาปรุงผสม โดยและ/หรือร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพกำหนด</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา การแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา ที่มีกัญชา ปรุงผสม ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ที่ได้รับ อนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยา กัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. ยาที่มีกัญชาปรุงผสม หมายถึง สารสกัดกัญชา หรือตำรับยาแผนไทย หรือน้ำมัน กัญชา</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	0	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสมอย่างปลอดภัย ให้กับประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>3. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รวบรวมจากระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR) สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา</p> <p>3. รวบรวมจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p>				

แหล่งข้อมูล	1. ระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมวิชาการ และสถานพยาบาลเอกชน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมวิชาการ และสถานพยาบาลเอกชน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีหน่วยงานกลาง คือ สถาบันกัญชาทางการแพทย์ ที่สามารถขับเคลื่อนนโยบายกัญชาได้ (สถาบันกัญชาฯ)</p> <p>2. มีคู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบร.ส.ส. สบส.)</p> <p>3. บุคลากรผู้คัดกรองและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมความรู้การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์)</p> <p>4. ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้สามารถจำหน่ายน้ำมันกัญชา และจัดซื้อวัสดุนำมาผลิตน้ำมัน</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 (จำนวน 268 แห่ง) (กบร.ส.ส. กรมการแพทย์ แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>2. มียาที่มีกัญชาปรุงผสมจำนวนเพียงพอสำหรับจ่ายให้ผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน (อก. กรมการแพทย์แผนไทยฯ สป.สธ.)</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 40 (จำนวน 359 แห่ง) (กบร.ส.ส. กรมการแพทย์ แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>2. มีผลงานวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการเสนอกัญชาทางการแพทย์เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์และบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 2 เรื่อง (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมจิต อย. สปสช. สวรส. HITAP)</p> <p>4. มีการปลูกและใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายใน รพ.สต. ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ (กรมการแพทย์แผนไทยฯ สป.สธ.)</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>1.1 รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 (จำนวน 450 แห่ง จาก 899 แห่ง)</p> <p>1.2 รพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ ร้อยละ 50 (จำนวน 16 แห่ง จาก 32 แห่ง)</p> <p>1.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน ร้อยละ 50 (จำนวน 42 แห่ง จาก 83 แห่ง) (กบร.ส.ส. กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p>

<p>กัญชา (ระบียบเงินบำรุง) ได้รับการแก้ไข (สถาบัน กัญชาฯ, กองกฎหมาย สป.)</p> <p>5. วัตถุประสงค์กัญชาได้รับการตรวจวิเคราะห์สารสำคัญ/ สารปนเปื้อน/ สารมาตรฐาน (กรมวิทย์)</p> <p>6. ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการได้รับความรู้ ความเข้าใจ และใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสม รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพจากกัญชาอย่างปลอดภัย (คณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธ์ การใช้กัญชาเพื่อ การแพทย์ ก.สธ.)</p>		<p>อย. กรมวิทย์ วิสาหกิจ ชุมชน)</p>	<p>กรมสุขภาพจิต สป. สภาวิชาชีพ)</p> <p>2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ได้รับการแก้ไขประเด็น กัญชา (อย., กองกฎหมาย สป.)</p> <p>3. เชื่อมโยงฐานข้อมูล การปลูก การผลิต การใช้กัญชาทางการแพทย์ สำเร็จ (อย.)</p> <p>4. มีเอกสารเพื่อใช้ยื่น เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 2 รายการ (สปสช. อย. กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ)</p>								
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. ข้อมูลจากระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>3. ข้อมูลจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)</p> <p>2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="895 1778 1481 1877"> <tr> <td>2561</td> <td>2562</td> <td>2563</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>0</td> </tr> </table>			2561	2562	2563	-	-	0
2561	2562	2563									
-	-	0									
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0606 โทรศัพท์มือถือ : 081-174-5917</p> <p>โทรสาร : 0-2965-9442 E-mail : stienrut@gmail.com</p>										

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 50.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)
ตัวชี้วัดประกอบ	<p><u>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care</u></p> <p>1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</p> <p><u>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</u></p> <p>3 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30</p> <p><u>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</u></p> <p>4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p>
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>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</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : ตัวชี้วัดหลัก			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
50.1	< ร้อยละ 12	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย : ตัวชี้วัดประกอบ			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
1	≥ ร้อยละ 80	-	-
2	≥ ร้อยละ 60	-	-
3	≤ ร้อยละ 30	-	-
4	≥ ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันทเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p> <p>1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p> <p>1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12</p>								
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง								
รายการข้อมูล 1.2	B1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 50.1	$(A1/B1) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส								
<p>เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัด 50.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)</p> <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>< 12%</td> <td>-</td> <td>< 12%</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	< 12%	-	< 12%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	< 12%	-	< 12%						
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที								
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 1	$(A2/B2) \times 100$								

ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 80	-	≥ ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 3.1	A3 = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน 2 ชม.			
รายการข้อมูล 3.2	B3 = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 2	$(A3/B3) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60
รายการข้อมูล 4.1	A4 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
รายการข้อมูล 4.2	B4 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 3	$(A4/B4) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 3 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	≤ ร้อยละ 30	-	≤ ร้อยละ 30
รายการข้อมูล 5.1	A5 = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)			
รายการข้อมูล 5.2	B5 = จำนวน TEA unit ที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 4	$(A5/B5) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 80	-	≥ ร้อยละ 80

	<p>3. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com</p>
--	---	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 28	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
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 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
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 ภาครัฐ ทุกแห่ง 3. กรมการแพทย์ (สำนักวิชาการแพทย์). MOPH ED Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	111,256	54,628	91,851
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	404,902	242,683	373,487
ร้อยละ	ร้อยละ	27.47	22.51	24.59	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสินีนุช ชัยสิทธิ์ ผู้จัดการกลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0818191669 โทรสาร : 028721603 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th 2. นายสุวภัทร อภิญญานนท์ ผู้อำนวยการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0818321669				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โทรสาร : 028721603 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการวัดผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	52. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ											
คำนิยาม	<p>ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง) เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาอาคารสถานที่ <ol style="list-style-type: none"> จัดให้มี Double door with access control จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม การพัฒนาและอำนวยการรักษากำลังคน <ol style="list-style-type: none"> วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 											
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 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </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"> เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน บุคลากรมีความปลอดภัย 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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 2564 :				
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> <p>1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด</p> <p>1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ</p> <p>1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p> <p>2 ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต</p> <p>2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด/เขต</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <p>3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาเปรียบเทียบในระดับเขต และวางแผนสนับสนุนการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ</p>			
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
		ร้อยละ	NA	NA
			100	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตันานนท์ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901761 โทรสาร : 02 - 5901802</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 086 - 1414769 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : beera024@gmail.com</p> <p>4. นางณัฐริณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	30. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ หมายถึง หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.) ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีสภาพพื้นที่เป็นเกาะ ใน 11 จังหวัดของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดกระบี่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดตรัง จังหวัดตราดจังหวัดพังงา จังหวัดระนอง จังหวัดระยอง จังหวัดภูเก็ต จังหวัดจันทบุรี จังหวัดสตูล และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 98 แห่ง</p> <p>มาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเล รวมทั้งการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการฯ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ</p> <p>ระดับ 2 หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอหรือจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล</p> <p>ระดับ 3 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ) หรือภัยจากกระแสน้ำตูด เป็นต้น</p> <p>ระดับ 4 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ เป็นต้น</p> <p>ระดับ 5 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุหมู่ เรือล่ม เป็นต้น และภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม, การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS, COVID-19 เป็นต้น</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-	-	-	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการใน 3 จังหวัด (ตราด พังงา และสตูล จำนวน 31 แห่ง)	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการใน 11 จังหวัด (49 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเลให้ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เกาะ และหน่วยบริการที่เป็นแม่ข่ายใน 11 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 98 แห่ง ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 2. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน (รพท./รพช.) 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัด 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายรายงานผลตามแบบฟอร์มการรายงานของกองบริหารการสาธารณสุข เป็นรายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ 11 จังหวัด ทั้งสิ้น 98 แห่ง 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่มีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ 11 จังหวัด ทั้งสิ้น 98 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 20 (หน่วยบริการ 19 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)	ร้อยละ 30 (หน่วยบริการ 29 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)	ร้อยละ 40 (หน่วยบริการ 39 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)	ร้อยละ 50 (หน่วยบริการ 49 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)	
วิธีการประเมินผล :	1. รวบรวมข้อมูล และ วิเคราะห์ผลจากรายงานของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัด 2. เก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ กำกับติดตาม ตามมติคณะกรรมการ				
เอกสารสนับสนุน :	แบบฟอร์มการรายงานผลของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัดของกองบริหารการสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่มีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 100 (หน่วยบริการใน 3 จังหวัด) ดำเนินการครบ 5 ระดับ

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวอรรณราพรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741</p> <p>2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ กองบริหารการสาธารณสุข</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์สินชัย ตันดิรัตน์นนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755</p> <p>2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741</p> <p>3. นางสาวอรรณราพรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741</p>	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : -</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนงานที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย														
โครงการที่	31. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์														
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเป้าหมาย														
ชื่อตัวชี้วัด	54. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว														
คำนิยาม	<p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่ ตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการตามพระราชบัญญัติ พ.ศ.2559 ดังต่อไปนี้</p> <p>กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p>กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ</p> <p>มาตรฐานการท่องเที่ยว หมายถึง มาตรฐานการให้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และมีมาตรฐานการให้บริการตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) ได้แก่ การเว้นระยะห่าง การล้างมือก่อนและหลังการให้บริการ การสวมหน้ากากอนามัย ขณะให้บริการ เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการในจังหวัดท่องเที่ยวเป้าหมายเพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว หมายถึง อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร เอกสาร หรือการอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อสามารถยื่นขอเปิดกิจการตามที่กฎหมายกำหนดและมีมาตรฐานการท่องเที่ยวตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 คิดจากจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2563</p> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานท่องเที่ยว หมายถึง สถานประกอบการในจังหวัดท่องเที่ยวเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และมีมาตรฐานการให้บริการตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <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>-</td> <td>-</td> <td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
-	-	-	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5											
วัตถุประสงค์	พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสร้างรายได้ให้กับประเทศในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย มีจำนวน 5 จังหวัด ซึ่งเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย จำนวน 5 จังหวัด รวม 526 แห่ง ดังนี้														

	<p>1) ภูเก็ต มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 80 แห่ง</p> <p>2) ชลบุรี มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 204 แห่ง</p> <p>3) สุราษฎร์ธานี มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 138 แห่ง</p> <p>4) เชียงราย มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 50 แห่ง</p> <p>5) บุรีรัมย์ มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 54 แห่ง</p> <p>อัตราการเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย จำนวน 5 จังหวัด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 โดยประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม คิดเป็นจำนวนในปี 2564 เท่ากับ 27 แห่ง</p>																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ http://spa.hss.moph.go.th																								
แหล่งข้อมูล	<p>1. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p>2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด</p>																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนที่เพิ่มขึ้นของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ได้มาตรฐานท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2564																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ 2563 (จำนวน 526 แห่ง)																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานท่องเที่ยว = $(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2560</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> <p>ปี 2561</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> <p>ปี 2562</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </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	-	-	-	-	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	-	-	-																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	-	-	-																						
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
-กำหนดหลักเกณฑ์การประเมิน -ส่งเสริมพัฒนาตามเกณฑ์	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5

ปี 2564

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

หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2564 ไม่มีเกณฑ์การประเมินเดิม/เก็บข้อมูลการดำเนินงานแบบสะสม

วิธีประเมินผล	ประเมินโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด																
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 หนังสือเอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปา 																
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> <p>หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2564 ไม่มีข้อมูลพื้นฐานเดิม</p>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	-	-	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2563													
-	-	-	-	-													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-นามสกุล นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1495642 โทรศัพท์มือถือ 063-8458287 โทรสาร 02-1495642 อีเมล planspa2019@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ-นามสกุล นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1495642 โทรศัพท์มือถือ 063-8458287 โทรสาร 02-1495642 อีเมล planspa2019@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ชื่อ-นามสกุล นางสาวสุวรรณ์ แนวจำปา ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1495642 โทรศัพท์มือถือ 087-9794664 โทรสาร 02-1495642 อีเมล suwa_porn@yahoo.com สถานที่ทำงาน กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
โครงการที่	31. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	55. ร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน				
คำนิยาม	<p>1. เมืองสมุนไพร หมายถึง เมืองที่ถ่ายถอดมาตรการและแผนงานจากแผนปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2560-2565 (แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 ฯ) ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งนี้อาศัยกลไกของภาครัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>เมืองสมุนไพร มีจำนวนทั้งสิ้น 14 จังหวัด แบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คลัสเตอร์เกษตร วัตถุประสงค์สมุนไพร ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ สุรินทร์ มหาสารคาม อุทัยธานี และสกลนคร 2) คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สระบุรี ปราจีนบุรี และจันทบุรี 3) คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พิชณุโลก อุตรธานี สุราษฎร์ธานี และสงขลา <p>2. ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการผลิตสมุนไพร หรือผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามประกาศคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดประเภทผู้ประกอบการ พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563</p> <p>3. เกณฑ์การประเมินเมืองสมุนไพร หมายถึง เกณฑ์การประเมินเมืองสมุนไพรที่กำหนดในแต่ละคลัสเตอร์ตามที่คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติกำหนด (รายละเอียดในวิธีการประเมิน)</p> <p>4. เส้นทางท่องเที่ยว หมายถึง เส้นทางท่องเที่ยวที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับสมุนไพร/การแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนไทย และอัตลักษณ์ประจำจังหวัด</p> <p>5. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร หมายถึง ยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562</p> <p>6. มูลค่าการบริโภคสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการบริโภควัตถุประสงค์สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70 (10 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างครบวงจรให้คุณค่าสู่การพัฒนาต่อยอดเชิงพาณิชย์ 2. เพื่อให้โครงการเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ (แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2565) 3. เพื่อสร้างมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ประกอบการผลิตสมุนไพร(เกษตรกร)ในเมืองสมุนไพร ตามประกาศคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดประเภทผู้ประกอบการ พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563 2. ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามประกาศคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดประเภทผู้ประกอบการ พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563 3. ประชาชนผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร 				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลจากเมืองสมุนไพร 14 จังหวัด โดยการประเมินตนเองและการตรวจประเมิน - HDC กระทรวงสาธารณสุข - รายงานจากผลงานวิจัยโครงการประเมินมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากการท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์สมุนไพร OTOP ในเมืองสมุนไพร 14 จังหวัด - รายงานจากผลงานวิจัยโครงการประเมินมูลค่าการบริโภควัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในเมืองสมุนไพร 14 จังหวัด
แหล่งข้อมูล	- HDC กระทรวงสาธารณสุข - ข้อมูลจากเมืองสมุนไพร 14 จังหวัด - ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเมืองสมุนไพร ผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดของแต่ละคลัสเตอร์ 3 ใน 4 ข้อ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเมืองสมุนไพรทั้งหมด 14 จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีฐานข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/ข้อมูลการซื้อขายสมุนไพรระดับจังหวัด (คลัสเตอร์เกษตรฯ)</p> <p>2. มีเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการเมืองสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา (คลัสเตอร์เกษตรฯ)</p> <p>3. มีการส่งเสริมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการสมุนไพรในจังหวัด (คลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ)</p> <p>4. มีการสร้างภาพลักษณ์สมุนไพรผ่านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อาหาร ความงาม และการแพทย์แผนไทย (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์ท่องเที่ยวฯ)</p> <p>5. สุ่มตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรจากเมืองสมุนไพร (COA) (ทุกจังหวัดเมืองสมุนไพร)</p>	<p>1. มีเกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/Organic สมุนไพร ปีละ 50 ราย (คลัสเตอร์เกษตรฯ)</p> <p>2. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แหล่ง (คลัสเตอร์เกษตรฯ)</p> <p>3. มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการ/โรงงานสมุนไพร/ข้อมูลการซื้อขายของโรงงานอุตสาหกรรม (คลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ)</p> <p>4. มีฐานข้อมูลปริมาณนักท่องเที่ยวและมูลค่าการท่องเที่ยวยของจังหวัด (คลัสเตอร์ท่องเที่ยวฯ ร่วมกับกองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา)</p> <p>5. ส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างความเชื่อมั่นวัตถุดิบสมุนไพรผ่านตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพร (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์เกษตรฯ)</p>	<p>1. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด (กรม พท. และทุกจังหวัดเมืองสมุนไพร)</p> <p>2. ส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างความเชื่อมั่นผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านนิทรรศการร่วมกับ Modern trade (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ)</p>	<p>1. เมืองสมุนไพรอย่างน้อย 10 จังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดของแต่ละคลัสเตอร์ 3 ใน 4 ข้อ (กรม พท.)</p> <p>2. อัตราการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการบริโภคสมุนไพร ร้อยละ 5 (2,600 ล้านบาท) (กรม พท. ร่วมกับ ก.พาณิชย์)</p> <p>3. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับการจัดแจ้งเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (อย.)</p>

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>เมืองสมุนไพรแบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ดังนี้</p> <p>1. คลัสเตอร์เกษตร วัตถุประสงค์สมุนไพร หมายถึง เมืองสมุนไพรที่มีศักยภาพด้านการใช้ประโยชน์ทางการเกษตรเพื่อพัฒนาสมุนไพรและวัตถุประสงค์แปรรูปสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตามความต้องการของตลาด ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดอำนาจเจริญ สุรินทร์ มหาสารคาม อุทัยธานี และสกลนคร</p> <p>แนวทางการดำเนินงานคลัสเตอร์เกษตร วัตถุประสงค์สมุนไพร</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนการผลิตและพัฒนามาตรฐาน (GAP/Organic/อื่นๆ) และจัดกลไกธุรกิจชุมชน - ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน (GAP/Organic/อื่นๆ) - ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากกลุ่มเกษตรกร - จัดทำฐานข้อมูล/ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/ข้อมูลการซื้อขายสมุนไพรระดับจังหวัด <p>ผลลัพธ์ : 1. เป็นแหล่งวัตถุประสงค์สมุนไพรคุณภาพของประเทศ</p> <p style="padding-left: 40px;">2. ผลิตวัตถุประสงค์สมุนไพรและมีผลิตภัณฑ์แปรรูปจากวัตถุประสงค์สมุนไพรระดับชุมชน</p> <p>ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์เกษตร วัตถุประสงค์สมุนไพร</p> <p>(การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. จำนวนเกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/ORGANIC สมุนไพรปีละ 50 ราย/เมืองสมุนไพร 4. จำนวนผลิตภัณฑ์ชุมชนที่แปรรูปจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา <p>2. คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร หมายถึง เมืองสมุนไพรที่สามารถพัฒนา เพิ่มศักยภาพและยกระดับอุตสาหกรรมสมุนไพรตลอดจนผู้ประกอบการสมุนไพรและผลิตภัณฑ์พรีเมียมภายใต้มาตรฐานคุณภาพระดับสากล ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครปฐม สระบุรี ปราจีนบุรี และจันทบุรี</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร - ส่งเสริมและให้คำปรึกษาด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรแก่ผู้ประกอบการสมุนไพร - จัดทำฐานข้อมูลการผลิต จำหน่ายและผลประกอบการในภาคอุตสาหกรรมสมุนไพรระดับจังหวัด <p>ผลลัพธ์ : 1. เพิ่มศักยภาพและยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศ</p> <p style="padding-left: 40px;">2. มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรระดับพรีเมียมที่ได้มาตรฐานระดับคุณภาพที่ได้สากล</p> <p>ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร</p> <p>(การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. ผลิตภัณฑ์พรีเมียม/ผลิตภัณฑ์เอกลักษณ์ของจังหวัด/สมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจผ่านการวิจัย <p>อย่างครบวงจร อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. ผู้ประกอบการสมุนไพรได้รับการอบรม/ส่งเสริม/พัฒนา อย่างน้อย 50 คน/เมืองสมุนไพร <p>3. คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย หมายถึง เมืองสมุนไพรที่มีศักยภาพในการพัฒนาและใช้ประโยชน์สมุนไพรสู่การท่องเที่ยวของจังหวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการ</p>
---------------------------	--

	<p>ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย พิชญ์โลก อุดรธานี สุราษฎร์ธานี และสงขลา</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนพัฒนาเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวิถีชุมชนเชิงสุขภาพ สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยและสร้างเครือข่ายการท่องเที่ยวโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน - พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรต้นแบบจากสมุนไพรที่มีในท้องถิ่น (GI) และสอดแทรกในเส้นทางการท่องเที่ยว - ประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นที่รู้จักมากขึ้นทั้งในรูปแบบของสื่อออนไลน์ และโทรทัศน์ - จัดทำข้อมูล/สถิติการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่เมืองสมุนไพร <p>ผลลัพธ์ : 1. การนำสมุนไพรบูรณาการสร้างเรื่องราวสนับสนุนการท่องเที่ยวตามจุดท่องเที่ยวและเส้นทางการท่องเที่ยวของจังหวัด</p> <p>2. พัฒนาผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดเข้าสู่ตลาดการท่องเที่ยวของจังหวัด</p> <p>ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย (การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา โดยใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. ร้อยละของจำนวนนักท่องเที่ยวในเส้นทางการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา) 4. พัฒนาผลิตภัณฑ์พรีเมียม หรือผลิตภัณฑ์บ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) หรือผลิตภัณฑ์เด่นจากสมุนไพรไม่น้อยกว่า 1 ผลิตภัณฑ์/เมืองสมุนไพร 										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2565) 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร 										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p> <p>ร้อยละ</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="853 1227 1514 1328"> <tr> <td>2561</td> <td>2562</td> <td>2563</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </table>			2561	2562	2563	-	-	ร้อยละ 50
2561	2562	2563									
-	-	ร้อยละ 50									
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดร.ภญ.มณฑกา อีร์ชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 090-919-4391 E-mail : th.herbalcity@gmail.com 2. ภก.ณัฐวดี ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com 3. นางสาวอัปสร บุตรดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 080-114-8545 E-mail : th.herbalcity@gmail.com 4. ภก.วารวุธ เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-7477 โทรสาร : - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการกองผลิตภัณฑ์สมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-796-1437 E-mail : varavoot@hotmail.com 										

<p>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ภก.ณัฐวุฒิ ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. ภก.ดวงกมล ภัคดีสัตยพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-7460 โทรสาร : 0-2590-7478 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>	<p>เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com</p> <p>เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-693-8383 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. ภก.ณัฐวุฒิ ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย
โครงการที่	31. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	สวนกลาง
ชื่อตัวชี้วัด	56. ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของสถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ
คำนิยาม	<p>สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (Quarantine) ประกอบด้วย</p> <p>สถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ) หมายถึง การกักกันตัวผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่กำหนด ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยใช้สถานพยาบาลภาคเอกชนที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) พร้อมกับการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค/ อาการ/ หัตถการที่นัดหมายเป็นระยะเวลาตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด โดยชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างการรักษาพยาบาลและกักกันตนโดยสมัครใจ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ภายหลังที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยอนุญาตให้อากาศยานทำการบินเข้าสู่ประเทศไทยได้</p> <p>สถานที่กักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ) หมายถึง การกักกันตัวผู้ป่วย/ผู้บริการชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทย โดยมีความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในกิจการเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยทำกิจกรรมด้านสุขภาพตามแผนการรักษา ในกิจการที่รัฐกำหนด ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้าโดยให้กิจการเพื่อสุขภาพเป็นสถานที่กักกัน ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) พร้อมกับการดูแลรักษาสุขภาพ โดยแพทย์เจ้าของไข้ตามกลุ่มโรค/อาการ/หัตถการที่นัดหมายเป็นระยะเวลา ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด โดยชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างการทำกิจกรรมด้านสุขภาพตามแผนการรักษาและกักกันตนโดยสมัครใจ ประกอบด้วยกิจการประเภท (1) สปาทางการแพทย์ (Medical Spa) (2) รีสอร์ทเพื่อสุขภาพ (Wellness Resort) (3) สปา รีสอร์ท (Spa Resort) (4) การดูแลผู้สูงอายุแบบพำนักระยะยาว (Long Term Care)</p> <p>มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ หมายถึง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด และสถานที่กักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) และผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 8/2563 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2563</p> <p>ชาวต่างชาติ หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) (2) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) (3) นักท่องเที่ยวประเภทพิเศษ (Special Tourist VISA) <p>ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ามารับการตรวจรักษาพยาบาลในประเทศไทย และผู้ติดตามของบุคคลดังกล่าว แต่ต้องไม่เป็นกรณีเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลโรคโควิด - 19 ทั้งนี้ ให้จำกัดจำนวนผู้ติดตามได้ไม่เกิน 3 คน และให้ผู้ติดตามเข้ารับการกักกันในสถานพยาบาลเดียวกัน รวมถึงต้องมีระยะเวลาที่อยู่ใน</p>

	<p>ราชอาณาจักร มีระยะเวลาเป็นไปตามประของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือแนวทางที่รัฐกำหนด</p> <p>ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรตามข้อตกลงพิเศษ (special arrangement) ระหว่างหน่วยงานของรัฐของประเทศไทยกับต่างประเทศหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับอนุญาตจากนายกรัฐมนตรีตามข้อเสนอและการตรวจสอบกลับกรองของคณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาผ่อนคลายการบังคับใช้มาตรการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่คณะกรรมการเฉพาะกิจดังกล่าวกำหนด</p> <p>นักท่องเที่ยวประเภทพิเศษ (Special Tourist VISA : STV) หมายถึง นักท่องเที่ยวที่มีศักยภาพเดินทางเข้าราชอาณาจักร ซึ่งจะมีส่วนช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและธุรกิจเกี่ยวเนื่องส่งผลให้เกิดการหมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวม</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
-	-	-	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5							
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสถานที่กักกันตัวในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ) และสถานกักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ) ให้เป็นไปตามมาตรฐานรองรับชาวไทยและชาวต่างชาติตามมาตรการผ่อนคลายของรัฐบาล ตามหลักเกณฑ์ของมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) ตามคำสั่งของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)</p>										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2. สถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน 3. สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ) 4. สถานกักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ) ในจังหวัดที่เป็น Area Quarantine 										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลของกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ										
แหล่งข้อมูล	กองสุขภาพระหว่างประเทศ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนที่เพิ่มขึ้นของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) สถานกักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) หรือสถานกักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (154 แห่ง)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ</p> $= (A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :											

ปี 2560

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

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
-	-	-	-

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนที่เพิ่มขึ้นของ สถานกักกันใน โรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) หรือ สถานกักกันตัวใน กิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่เป็นไป ตามมาตรฐานตาม เกณฑ์การรับ ชาวต่างชาติ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2)	จำนวนที่เพิ่มขึ้นของ สถานกักกันใน โรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) หรือ สถานกักกันตัวใน กิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่ เป็นไปตามมาตรฐาน ตามเกณฑ์การรับ ชาวต่างชาติ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3)	จำนวนที่เพิ่มขึ้นของ สถานกักกันใน โรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) หรือ สถานกักกันตัวใน กิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่เป็นไป ตามมาตรฐานตาม เกณฑ์การรับ ชาวต่างชาติ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4)	จำนวนที่เพิ่มขึ้นของ สถานกักกันใน โรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) หรือ สถานกักกันตัวใน กิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่ เป็นไปตามตาม มาตรฐานตามเกณฑ์ การรับชาวต่างชาติ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5)

หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2564 ไม่มีเกณฑ์การประเมินเดิม/เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานแบบสะสม

วิธีประเมินผล

ติดตาม ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานกักกันตัวตามที่รัฐกำหนด และสถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน

- คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย
- แบบประเมินตนเอง สถานพยาบาลรองรับ Alternative Hospital Quarantine (AHQ) สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย
- ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 12)

4. ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด – 19 เรื่อง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ. 2563 ฉบับที่ 2
5. หลักเกณฑ์ แนวทางการกำหนดเป็นสถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) แนบท้ายประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด – 19 เรื่อง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ. 2563 ฉบับที่ 2
6. ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด – 19 เรื่อง รายชื่อสถานพยาบาลรองรับการเป็นสถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine)
7. ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด – 19 เรื่อง รายชื่อสถานพยาบาลรองรับการเป็นสถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ฉบับที่ 2
8. ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด – 19 เรื่อง รายชื่อสถานพยาบาลรองรับการเป็นสถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ฉบับที่ 3
9. คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 8/2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 7)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1.สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ)	แห่ง	-	-	154
2.สถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ)	แห่ง	-	-	-

หมายเหตุ : มีการดำเนินการในปี 2563 เฉพาะ AHQ ส่วน WQ จะเริ่มในปี 2564

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร - อีเมล saowapaj@gmail.com
สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. นางสาวภาวิณี สังขบูรณ์ ตำแหน่ง นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ 086-9277971 โทรสาร - อีเมล mai11p@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. นางสาวศิริณา สระทองหน ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18402 โทรศัพท์มือถือ 083-8334797 โทรสาร - อีเมล sirinapha.ihd@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ์ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ 086-9277971 โทรสาร - อีเมล mai111p@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ์ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ 086-9277971 โทรสาร - อีเมล mai111p@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	32. โครงการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	57. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนได้ตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยดำเนินงานภายใต้งบประมาณงบบุคลากรพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>1. การพัฒนาากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากร ทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุข 19 สายวิชาชีพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แพทย์ 2) ทันตแพทย์/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3) เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 4) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค 5) นักกายภาพบำบัด 6) นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 7) นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 8) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิวิทยา/เซลล์วิทยา) 9) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 10) นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ 11) แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) 12) นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)/เจ้าพนักงานเวชสถิติ 13) นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ 14) ช่างทันตกรรม 15) นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีพบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด 16) นักจิตวิทยา/จิตวิทยาคลินิก 17) นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 18) นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 19) นักปฏิบัติงานฉุกเฉินการแพทย์/เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน <p>2. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนาากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนาากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ</p>

3. การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ ภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4. การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจายบุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิต และพัฒนาที่สอดคล้องและตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

4.1 ผลการดำเนินการตามแผนพัฒนากำลังคน หมายถึง ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ

5. การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพ ด้านการวางแผนพัฒนาบุคลากร/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม โดยวัดจากสัดส่วนของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้คะแนนรวม ≥ 12 คะแนน ตามรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด				
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
1. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1 มีแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)	1. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence / นโยบายกระทรวงสาธารณสุข	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 3 ¹	¹ ระดับคะแนน 3 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมไม่น้อยกว่า 9 สายวิชาชีพ ระดับคะแนน 2 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมไม่น้อยกว่า 6 สายวิชาชีพ ระดับคะแนน 1 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมไม่น้อยกว่า 3 สายวิชาชีพ

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
2. การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1. ความร่วมมือระหว่าง สถาบันการผลิตและ พัฒนาและเขตสุขภาพ 2. การบูรณาการการใช้ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ร่วมกันของ Stakeholder ในเขต สุขภาพ	มีเอกสาร หลักฐานที่แสดง ถึงการสร้างความ ร่วมมือด้านการ ผลิตและพัฒนา กำลังคนของ สถาบันการผลิต และพัฒนา กำลังคน	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ ประกอบที่ 2 ที่ระดับ คะแนน 3 ^{*2}	^{*2} ระดับคะแนน 3 หมายถึง มี การสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีการ สร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 แห่ง ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีการ สร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง
3. การบริหาร งบประมาณ ด้านการ พัฒนา กำลังคน	1. การใช้งบประมาณได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณ (งบอุดหนุน Service Plan) ได้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 3 ที่ระดับ คะแนน 3 ^{*3}	^{*3} ระดับคะแนน 3 หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็น ร้อยละ 86 - 100 ตามแผน ระดับคะแนน 2 หมายถึง การ เบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อย ละ 70 - 85 ตามแผน ระดับคะแนน 1 หมายถึง การ เบิกจ่ายงบประมาณน้อยกว่า ร้อยละ 70 ตามแผน
4. การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1. ผลการดำเนินการ ตามแผนพัฒนา กำลังคน	1. ร้อยละของ บุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาตาม เป้าหมายของเขต สุขภาพ	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 4 ที่ระดับ คะแนน 3 ^{*4}	^{*4} ระดับคะแนน 3 หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 86 - 100 ของ เป้าหมาย ระดับคะแนน 2 หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 70 - 85 ของเป้าหมาย ระดับคะแนน 1 หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 70 ของ เป้าหมาย

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
5. การประเมินผล กระบวนการบริหาร การจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	1. ปรับปรุง/พัฒนา แนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคน	มีเอกสารแผนปรับปรุงการบริหารจัดการ ระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพครอบคลุม ทั้ง 4 องค์ประกอบ	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 5 ที่ระดับ คะแนน 3 ⁵	⁵ ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีการจัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนาระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด ครบถ้วนตามที่กำหนด ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีการจัดทำรายงานผลการประเมินผล กระบวนการ ประเมินผล กระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีระบบการประเมินผล กระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย:

ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 10 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (12 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (12 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจจากเขตสุขภาพการรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงาน รอบ 12 เดือน (ไตรมาสที่ 4)
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = ระดับคะแนนตามองค์ประกอบ 12 คะแนน
รายการข้อมูล 2	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง (ไตรมาสที่ 4)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (≥ 10 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (12 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)	คะแนน ≥ 12 คะแนน (12 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์)

วิธีการประเมินผล:	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด
เอกสารสนับสนุน:	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																																							
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
โครงการที่	33. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																																							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																																							
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ																																							
คำนิยาม	<p>1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในส่วนภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขตสุขภาพ</th> <th>จำนวนจังหวัด</th> <th>จังหวัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>8</td> <td>นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>8</td> <td>กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>8</td> <td>จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>7</td> <td>นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>4</td> <td>ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>5</td> <td>ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>7</td> <td>กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7</td> <td>นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา คุ้มครองรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <p>2.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างสำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ</p> <p>2.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</p> <p>1) ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด</p> <p>2) ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหาร</p>	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท	4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร	11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง
เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด																																						
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน																																						
2	5	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์																																						
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท																																						
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก																																						
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี																																						
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ																																						
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด																																						
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี																																						
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์																																						
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร																																						
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี																																						
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล พัทลุง ตรัง																																						

จัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ เงื่อนไขบรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน เลื่อน ยุบรวม/ปรับปรุง รับย้าย ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ

3) แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น

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

2.4 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างเป้าหมายของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 ในไตรมาสที่ 4 เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล

3. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การดำเนินการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด) เทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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 = จำนวนเขตสุขภาพที่มีตำแหน่งว่างผ่านเกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 4				
รายการข้อมูล 2					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥ 9 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 6	-	≥ 9 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	-	≥ 10 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3	
ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	-	12 เขตสุขภาพ มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการ กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	-	5.24 (ณ 1 ส.ค. 62)	4.62 (ณ 1 ต.ค. 63)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 02-590-1421 กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com		

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)			
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ			
โครงการที่	33. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ			
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นที่ได้รับการพัฒนา			
คำนิยาม	<p>1. ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) รองผู้อำนวยการ 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์ 3) หัวหน้าพยาบาล 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 5) สาธารณสุขอำเภอ 6) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ <p>2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ 1 จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ</p> <p>3. บุคลากรที่มีความพร้อม หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติ และ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น</p> <p>4. สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สภาวะผู้นำ (Leadership) 2) วิสัยทัศน์ (Visioning) 3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation) 4) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership) 5) การควบคุมตนเอง (Self Control) 6) การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others) <p>5. การพัฒนา หมายถึง การส่งบุคลากรเข้าร่วมหลักสูตร/ฝึก/อบรม ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด</p> <p>6. บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการฝึก/อบรม ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น</p> <p>7. จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่างตามข้อ 2</p> <p>8. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นที่ได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับจำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรที่มีคุณสมบัติ/ความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนการพัฒนาบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ HROPS 2. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นหน่วยงานในกำกับ)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงานผล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา - มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเตรียมหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา - มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเตรียมหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเตรียมหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

<ul style="list-style-type: none"> - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา - มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 			
---	--	--	--

2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา - มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	มีการจัดเตรียมหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา - มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 	มีการจัดเตรียมหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS - วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน 				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 0 2590 1421 กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com		

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	34. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	60. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ 60.1 จังหวัดมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ 60.2 กรมวิชาการมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ											
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการขับเคลื่อนการดำเนินการองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p> <p>การสร้างสุขในองค์กร หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการคือ 1) คนทำงานมีความสุข (Happy People) การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมีอาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น 2) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน และ 3) การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork)</p> <p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข</p> <p>เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จจะแจ้งเวียนไปยังทุกหน่วยงานเพื่อใช้ประกอบการดำเนินการต่อไป</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 1 แห่ง • กรมวิชาการละ 1 แห่ง</td> <td>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 2 แห่ง • กรมวิชาการละ 2 แห่ง</td> <td>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 3 แห่ง • กรมวิชาการละ 3 แห่ง</td> <td>มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 4 แห่ง • กรมวิชาการละ 4 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 1 แห่ง • กรมวิชาการละ 1 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 2 แห่ง • กรมวิชาการละ 2 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 3 แห่ง • กรมวิชาการละ 3 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 4 แห่ง • กรมวิชาการละ 4 แห่ง
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67									
มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 1 แห่ง • กรมวิชาการละ 1 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 2 แห่ง • กรมวิชาการละ 2 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 3 แห่ง • กรมวิชาการละ 3 แห่ง	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 4 แห่ง • กรมวิชาการละ 4 แห่ง									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ระดับกรมวิชาการ 2. ระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงาน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับหน่วยงาน พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ 2. หน่วยงานระดับกรมวิชาการ และระดับจังหวัด แจ้งผลการพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ พร้อมเอกสารหลักฐาน มาถึงกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com											

แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		
รายการข้อมูล	A1 = จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบในจังหวัด A2 = จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบในกรมวิชาการ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1 และ A2		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ <ul style="list-style-type: none"> จังหวัดละ 1 แห่ง กรมวิชาการละ 1 แห่ง
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ <ul style="list-style-type: none"> จังหวัดละ 2 แห่ง กรมวิชาการละ 2 แห่ง
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ <ul style="list-style-type: none"> จังหวัดละ 3 แห่ง กรมวิชาการละ 3 แห่ง
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ <ul style="list-style-type: none"> จังหวัดละ 4 แห่ง กรมวิชาการละ 4 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับหน่วยงาน พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข <ul style="list-style-type: none"> ระดับกรมวิชาการ (จำนวน 1 แห่ง) ระดับจังหวัด (จำนวน 1 แห่ง) โดยจัดส่งมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com		
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพองค์กรแห่งความสุข		

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)														
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ														
โครงการที่	35. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	61. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA														
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิด เปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค เน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในทุกมิติตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส และเป็นเครื่องมือภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ตามพันธสัญญาการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ประเด็นที่ 8 ธรรมาภิบาล โปร่งใส บริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม</p> <p>สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค 2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 														

	3. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,854 แห่ง จำแนกเป็น 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 784 แห่ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ตามความเป็นจริงในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบ การประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้ <table border="1" data-bbox="432 860 1428 1055"> <tr> <td>ไตรมาสที่ 1</td> <td>ไตรมาสที่ 2</td> <td>ไตรมาสที่ 3</td> <td>ไตรมาสที่ 4</td> </tr> <tr> <td>ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4						
ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92						
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (1,854 หน่วยงาน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<table border="1" data-bbox="167 1733 1422 1890"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	75	80	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	75	80	85						
ปี 2561:									
	<table border="1" data-bbox="167 1946 1422 2096"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	80	85	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (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)	82	87	92

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน 1,854 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้
การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1-EB 5
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1 ข้อ (EB)	2 ข้อ (EB)	3 ข้อ (EB)	4 ข้อ (EB)	5 ข้อ (EB)

ระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 1 ข้อ (ของ EB1-EB5)
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 2 ข้อ (ของ EB1-EB5)
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อ (ของ EB1-EB5)
4	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อ (ของ EB1-EB5)
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 5 ข้อ (ของ EB1-EB5)

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)
ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 24)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 82
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)
ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 24)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 87
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)
ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 24)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 92
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	87	92

เอกสารสนับสนุน :

- แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.
- ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของ หน่วยงานในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน)	96.86 ผ่าน 1,792 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน)	94.38 ผ่าน 1,746 หน่วยงาน (1,850 หน่วยงาน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388
โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com
สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	35. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง
ชื่อตัวชี้วัด	62. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมิน ITA หมายถึง เครื่องมือการประเมินเชิงบวกเพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริต และเป็นกลไกในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม ที่เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2561 ที่เห็นชอบให้หน่วยงานภาครัฐเข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด ออกแบบการขับเคลื่อนภายใต้แนวคิด Open to Transparency ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมิน ITA ที่มาจากการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สาธารณชนรับทราบและสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้ และเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการเปิดทั้ง 2 ประการ จะช่วยส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความโปร่งใสไปสู่การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบของทุกหน่วยงาน</p> <p>1. แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย 3 แหล่งข้อมูล ดังนี้</p> <p>1.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน หมายถึง บุคลากรของแต่ละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้อำนวยการ / หัวหน้า เจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่ทำงานมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี</p> <p>1.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่เคยมารับบริการ หรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>1.3 เว็บไซต์ หมายถึง เว็บไซต์หลักของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในการสื่อสารต่อสาธารณะ</p> <p>2. เครื่องมือในการประเมิน ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ</p> <p>2.1 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT)</p> <p>2.2 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT)</p> <p>2.3 แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT)</p> <p>3. การเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>3.1 แบบ IIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลในระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.</p> <p>3.2 แบบ EIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.</p>

	<p>3.3 แบบ OIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตอบคำถามลงในระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.</p> <p>สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษาการประเมิน ITA ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ ประกาศผลการประเมินในเดือน กันยายน 2564</p>												
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>													
	<p>ปีงบประมาณ 60</p>	<p>ปีงบประมาณ 61</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p>								
	<p>ร้อยละ 85</p>	<p>ร้อยละ 85</p>	<p>ร้อยละ 85</p>	<p>ร้อยละ 85</p>	<p>ร้อยละ 85</p>								
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผย ข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ ปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วม ในการประเมินมากขึ้น 												
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน จำแนกเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนราชการระดับกรม จำนวน 10 หน่วยงาน 2. หน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน 3. องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน 4. รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน 												
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือในการประเมิน 3 เครื่องมือ 3 แหล่งข้อมูล เป็นไปตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.</p> <table border="1" data-bbox="483 1256 1485 1787"> <thead> <tr> <th data-bbox="483 1256 663 1305">ไตรมาสที่ 1</th> <th data-bbox="663 1256 844 1305">ไตรมาสที่ 2</th> <th data-bbox="844 1256 1158 1305">ไตรมาสที่ 3</th> <th data-bbox="1158 1256 1485 1305">ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="483 1305 663 1787">-</td> <td data-bbox="663 1305 844 1787">-</td> <td data-bbox="844 1305 1158 1787"> <ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเข้าใช้งาน ในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูล IIT EIT และ OIT ในระบบ ITAS </td> <td data-bbox="1158 1305 1485 1787"> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจ และให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ ข้อเสนอแนะ - สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2564) </td> </tr> </tbody> </table>					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเข้าใช้งาน ในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูล IIT EIT และ OIT ในระบบ ITAS 	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจ และให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ ข้อเสนอแนะ - สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2564)
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4										
-	-	<ul style="list-style-type: none"> - ลงทะเบียนเข้าใช้งาน ในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูล IIT EIT และ OIT ในระบบ ITAS 	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจ และให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ ข้อเสนอแนะ - สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2564) 										
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 												

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
	<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>85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	85						
ปี 2561:									
	<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>85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	85						
ปี 2562:									
	<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>85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	85						
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>-</td> <td>-</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	85						
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>-</td> <td>-</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	85						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือในการประเมิน 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) และแบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 3 2. สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ ช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2564 3 สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA ในเดือนกันยายน 2564) 								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 4. ระบบ ITAS (Integrity and Transparency Assessment System) 5. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของสำนักงาน ป.ป.ช. 								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
ร้อยละ ของหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	ร้อยละ	ร้อยละ	87.23 (16 หน่วยงาน) คะแนนเฉลี่ย หน่วยงาน ที่เข้าประเมิน	86.15 (16 หน่วยงาน) คะแนนเฉลี่ย หน่วยงาน ที่เข้าประเมิน	87.70 (17 หน่วยงาน) คะแนนเฉลี่ย หน่วยงาน ที่เข้าประเมิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลางจากระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.)	นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวทิพย์วรรณ ภูสิงห์ทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08 9928 3357 โทรสาร : 02 590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																			
แผนงานที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																			
โครงการที่	35. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส																			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																			
ชื่อตัวชี้วัด	63. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง																			
คำนิยาม	<p>การตรวจสอบภายใน หมายความว่า กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ</p> <p>การบริหารความเสี่ยง หมายความว่า การนำความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งในระดับส่วนราชการ และระดับหน่วยงานมาดำเนินการวิเคราะห์หาระดับของความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการควบคุมในรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในตามแบบ ปค. 5</p>																			
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 75</td> </tr> </table>					ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.					2560	2561	2562	2563	2564	-	-	-	-	ร้อยละ 75
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.																				
2560	2561	2562	2563	2564																
-	-	-	-	ร้อยละ 75																
วัตถุประสงค์ :	<p>1) การตรวจสอบภายใน</p> <p>เพื่อให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 ผลการปฏิบัติงานสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับหน่วยรับตรวจ และสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการส่งเสริมให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>2) การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง</p> <p>เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :	<p>ประกอบด้วย กลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <p>1. ระดับส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรม</p>																			

2) การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	สนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวม 9 แห่ง 2. ระดับหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 87 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 778 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานการตรวจสอบและประเมินคุณภาพงานตรวจสอบภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้ตรวจสอบภายในส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานการสื่อสารยืนยันถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และขอบเขตการตรวจสอบ เอกสารการสรุปข้อตรวจพบ กระดาษทำการสรุปผลการตรวจสอบ เป็นต้น		
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1 (ตัวตั้ง) :	A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2 (ตัวหาร) :	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงภายในระยะเวลาที่กำหนด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส 1 – 4 โดยไตรมาส 2 , 3 และ 4 เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	-

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมินผล การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง รวมทั้งเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือ	ร้อยละ 30 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ 50 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ 75 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งกระตาดำทำการตรวจสอบในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง			

วิธีการประเมินผล :

1) การตรวจสอบภายใน

กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงจะดำเนินการประเมินคุณภาพงานตรวจสอบภายในในกลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินตามเอกสารหลักฐานประกอบการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยสรุปผลการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การประเมินแต่ละประเด็นการพิจารณาว่ามีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับคะแนนใด

ระดับคะแนน				
0	1	2	3	4
ไม่มีการดำเนินการ	ดำเนินการ 1 ข้อ	ดำเนินการ 2 ข้อ	ดำเนินการ 3 ข้อ	ดำเนินการ 4 ข้อ

2. การประเมินตามมาตรฐาน โดยนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินในแต่ละประเด็นการพิจารณาจากมาตรฐานด้านคุณสมบัติ มาตรฐานด้านการปฏิบัติงาน มาคำนวณหาคะแนนเฉลี่ย และคูณด้วยน้ำหนักออกมาเป็นคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก

2) การควบคุมภายใน
และการบริหารความเสี่ยง

มาตรฐาน	น้ำหนัก
1. มาตรฐานด้านคุณสมบัติ	0.38
2. มาตรฐานด้านการปฏิบัติงาน	0.62
รวม	1.00

3. ภาพรวมผลการประเมิน โดยนำคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของมาตรฐานด้านคุณสมบัติ มาตรฐานด้านการปฏิบัติงานมารวมกัน และจัดระดับผลการประเมิน ดังนี้

ผลการประเมิน	คะแนน
ผ่านเกณฑ์การประเมิน	2.50 – 4.00
ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	0.00 – 2.49

ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จะต้องดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ ที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบ การควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบ ควบคุมภายใน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบ ทุกส่วนงานย่อยและหน่วยงานของรัฐ โดยปฏิบัติ ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	1
3	จัดทำรายงานทุกระดับโดยปฏิบัติตามมาตรฐาน และหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและกระทรวง สาธารณสุขกำหนดได้อย่างครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	1
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการ ไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การ ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนด	1
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการ ควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1

หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20

<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ชื่อ - สกุล นางธัญชนก เสาวรัง ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ : 06 5941 7165 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : thancha9@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวกรภัทร วันแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2342 โทรศัพท์มือถือ : 06 5551 5591 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : citymio_2526@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวดารณี บุญรอด ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 2339 โทรศัพท์มือถือ 08 9990 0957 โทรสาร 0 2590 2337 E-mail : Bowy.97@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>ชื่อ - สกุล นางสาวเครือพันธ์ บุกบุญ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2345 โทรศัพท์มือถือ : 09 2909 9595 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิตา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัด	<p>64. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>64.1. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง)</p> <p>64.2 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)</p> <p>64.3 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)</p>
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (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 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อครบ 18 ข้อ 5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์กร 6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

	7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับหน่วยงาน</th> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กongs่วนกลาง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> </tr> <tr> <td>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> </tr> <tr> <td>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 95)</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2564	1. กongs่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)
ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2564								
1. กongs่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กongs่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	<p>1. กongs่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนกongs่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A3 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนกongs่วนกลางทั้งหมด (12 กongs่วน)</p> <p>B2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง)</p> <p>B3 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (878 แห่ง)</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								

เกณฑ์การประเมิน ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p>
<p>2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p>	<p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564</p>	<p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564</p>	<p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p>
<p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p>			<p>3. ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้</p> <p>3.1 แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ</p> <p>3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</p> <p>3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</p> <p>3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</p> <p>(แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p>
<p>4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ และจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p>			

วิธีการประเมินผล :

ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน															
1	<p>ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ(แบบฟอร์ม 1)ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>0.40 คะแนน</td> <td>0.60 คะแนน</td> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน																
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน												
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม												
2	<p>ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด 1-6</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ไม่ครบ 6 หมวด ต่อ 0.50 คะแนน (interval)</p>	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด							
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน															
	0.20 คะแนน	1 คะแนน														
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด														
3	<p>ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด 1-6</td> <td>ไม่ครบ 6 หมวด</td> <td>ครบ 6 หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด							
แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน															
	0.20 คะแนน	1 คะแนน														
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด														
4	<p>■ ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการจัดส่งภายใน 11 มกราคม 2564</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หมวด 7ผลลัพธ์การ ดำเนินการ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)</td> <td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td> <td>ครบ (18 ข้อ)</td> </tr> </tbody> </table>	หมวด 7ผลลัพธ์การ ดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	1 คะแนน	ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)							
หมวด 7ผลลัพธ์การ ดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน															
	0.20 คะแนน	1 คะแนน														
ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)														
5	<p>■ ส่วนราชการรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์การและรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้</p> <p>รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564</p> <p>รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564</p> <p>รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p>															

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564 																							
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2561</th> <th style="width: 10%;">2562</th> <th style="width: 10%;">2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละความสำเร็จของกอง ส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">64.83 (8 กอง)</td> <td style="text-align: center;">100 (13 กอง)</td> <td style="text-align: center;">100 (12 กอง)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">94.74 (72 แห่ง)</td> <td style="text-align: center;">97.36 (74 แห่ง)</td> <td style="text-align: center;">100 (76 แห่ง)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">63.21 (555 แห่ง)</td> <td style="text-align: center;">98.74 (867 แห่ง)</td> <td style="text-align: center;">98.86 (868 แห่ง)</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละความสำเร็จของกอง ส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	64.83 (8 กอง)	100 (13 กอง)	100 (12 กอง)	ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	94.74 (72 แห่ง)	97.36 (74 แห่ง)	100 (76 แห่ง)	ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	63.21 (555 แห่ง)	98.74 (867 แห่ง)	98.86 (868 แห่ง)
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2561	2562	2563																				
ร้อยละความสำเร็จของกอง ส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	64.83 (8 กอง)	100 (13 กอง)	100 (12 กอง)																				
ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	94.74 (72 แห่ง)	97.36 (74 แห่ง)	100 (76 แห่ง)																				
ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	63.21 (555 แห่ง)	98.74 (867 แห่ง)	98.86 (868 แห่ง)																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oeysuwanna@gmail.com </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 2. น.ส.อังคณา ห้วเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406 </td> <td style="vertical-align: top;"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: lkung1038@gmail.com </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 3. นายอภิรัฐ ดิทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406 </td> <td style="vertical-align: top;"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail: a.deethongon@gmail.com </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406 </td> <td style="vertical-align: top;"> นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 E-mail: trekritka@gmail.com </td> </tr> </table>	1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oeysuwanna@gmail.com	2. น.ส.อังคณา ห้วเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: lkung1038@gmail.com	3. นายอภิรัฐ ดิทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail: a.deethongon@gmail.com	4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 E-mail: trekritka@gmail.com															
1. นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oeysuwanna@gmail.com																							
2. น.ส.อังคณา ห้วเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: lkung1038@gmail.com																							
3. นายอภิรัฐ ดิทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail: a.deethongon@gmail.com																							
4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 E-mail: trekritka@gmail.com																							
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																							

ผู้รับผิดชอบการกรารายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oeysuwanna@gmail.com
--	--	--

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																												
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ																												
ระดับการแสดงผล	เขต																												
ชื่อตัวชี้วัด	<p>65. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>65.1 ร้อยละจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>65.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>65.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p>																												
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 119 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 48 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 740 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 มกราคม 2563) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 																												
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายละเอียด</th> <th>ปีงบประมาณ 60</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 98</td> </tr> <tr> <td>2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 98</td> </tr> <tr> <td>3. โรงพยาบาลชุมชน</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>					รายละเอียด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป				ร้อยละ 98	ร้อยละ 98	2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98	3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																								
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป				ร้อยละ 98	ร้อยละ 98																								
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98																								
3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																								
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 																												

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง ● กองบริหารการสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + ชั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ (R1, R2 R3 เป็นต้น) ใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ แต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ในกระบวนการต่ออายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 119 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + ชั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ (R1, R2 R3 เป็นต้น) ใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ แต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ในกระบวนการต่ออายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 48 แห่ง
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + ชั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ (R1, R2 R3 เป็นต้น) ใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ แต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ในกระบวนการต่ออายุ
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 740 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 มกราคม 2563)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 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 2560 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต				
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 67.00	ร้อยละ 68.00	ร้อยละ 69.00	ร้อยละ 70.00

ปี 2561 :

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				
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00

โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00
--	--------------	--------------	--------------	--------------

ปี 2564 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00

วิธีการประเมินผล:	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th/ / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง 					
	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 94.00	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
	โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต	ร้อยละ 94.00	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลชุมชนใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 76.00	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00	

	<p>เงื่อนไข :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 119 แห่ง 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 48 แห่ง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 28 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง <p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันโรคผิวหนัง เนื่องจากอยู่ระหว่างทำการในสถานที่ชั่วคราว)</p> 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 740 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 3 มกราคม 2563) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 4. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 + Reaccredit +ชั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ (R1, R2 R3 เป็นต้น) ใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ในกระบวนการต่ออายุ 5. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 																							
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง 																							
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<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>ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 98.78</td> <td>ร้อยละ 99.39</td> <td>ร้อยละ 100.00</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 85.75</td> <td>ร้อยละ 88.96</td> <td>ร้อยละ 92.33</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</td> <td>ร้อยละ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 98.78	ร้อยละ 99.39	ร้อยละ 100.00	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 85.75	ร้อยละ 88.96	ร้อยละ 92.33	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ			
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2561	2562	2563																				
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 98.78	ร้อยละ 99.39	ร้อยละ 100.00																				
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 85.75	ร้อยละ 88.96	ร้อยละ 92.33																				
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ																							

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตนานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 <p>กรมการแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6132 โทรสาร : 02 -591-8234 2. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6137 โทรสาร : 02 -591-8234 3 นางสาวกัลยณัฐ วงษ์ขุนไกล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6136 โทรสาร : 02-591-8234 <p>กรมควบคุมโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268 2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268 <p>กรมสุขภาพจิต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533 2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 02-149-5533 3. นางสาวภูษณิศลา ชัยวิรัตน์นุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 02-149-5533 	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</p> <p>รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 061-485-1286 E-mail : primary05@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : psd.dms.moph@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-454-6561 E-mail : ttfybs@gmail.com</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>ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : burinsura@hotmail.com</p> <p>นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 090-197-9302 E-mail : standard.dmh@gmail.com Phufa02@gmail.com</p> <p>นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 080-926-3325 E-mail : standard.dmh@gmail.com</p>
--	---	---

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตนาพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 กองบริหารการสาธารณสุข	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 061-485-1286 E-mail : primary05@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตนาพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 กองบริหารการสาธารณสุข	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-6254 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 061-485-1286 E-mail : primary05@hotmail.com

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	66. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
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.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย</p> <p>1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม 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.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>

เกณฑ์เป้าหมาย:

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 (เนื่องจาก สถานการณ์การ แพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนา จึงให้ เลื่อนการประเมิน รพ.สต.ติดดาวไป ก่อน ตามหนังสือที่ สธ 0239.01/434 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2563)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 7,924 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 จำนวน 4,975 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว จำนวน 2,949 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สศจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับ เขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวใน ปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 และ 25861 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ใน ปีงบประมาณ 2564 C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2564) <i>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</i> D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2564) <i>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</i>
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9,863 แห่ง) (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ ผ่าน โปรแกรม zoom</p> <p>2. เผยแพร่แนวทางการ ดำเนินงานผ่านทางสื่อ ออนไลน์ (youtube)</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ปี 2564</p> <p>4. รพ.สต.ประเมิน ตัวเองตามเกณฑ์และ บันทึกข้อมูลในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	<p>1. พี่เลี้ยงระดับเขตศึกษา เกณฑ์ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2564 ผ่านทางสื่อออนไลน์ (youtube)</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./สสจ. ตรวจสอบ ข้อมูลการบันทึกการ ประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) ได้รับการ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับ จังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการ ประเมินระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการ ประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการ ประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผล และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในภาพของ จังหวัด</p> <p>5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมิน มายังสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)</p>

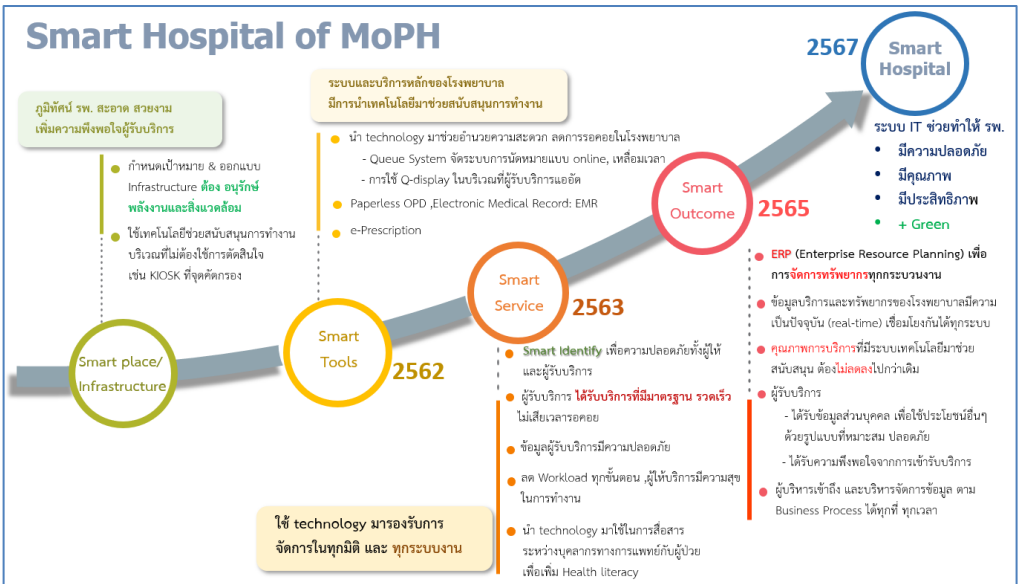
ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 85 (สะสม)</p>

ปี 2566:																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																							
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)																							
วิธีการประเมินผล:	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต																									
เอกสารสนับสนุน:	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9,863 แห่ง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>17.13 (1,963)</td> <td>50.44 (4,975)</td> <td>70.10 (6,914)</td> <td>70.10 (6,914)</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>							Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2560	2561	2562	2563	2564	9,863 แห่ง	ร้อยละ	17.13 (1,963)	50.44 (4,975)	70.10 (6,914)	70.10 (6,914)	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																								
		2560	2561	2562	2563	2564																				
9,863 แห่ง	ร้อยละ	17.13 (1,963)	50.44 (4,975)	70.10 (6,914)	70.10 (6,914)	-																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 025901239 E-mail : swiriya04@yahoo.com</p> <p>2. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน :025901238 โทรศัพท์มือถือ : 0897110421 โทรสาร : 025901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th</p>																									
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																									
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901238 โทรศัพท์มือถือ : 0874191404 โทรสาร : 025901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th</p> <p>2. นางเนาวรัตน์ สัจจกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901937 โทรศัพท์มือถือ : 0874191404 โทรสาร :025901239 E-mail : nameong2511g@gmail.com</p> <p>สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																									

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	37. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	67. 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 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) <ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) <ol style="list-style-type: none"> 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับ เลขบัตรประชาชน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11 5. ข้อมูลข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

	<p>ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)</p> <p>ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) 														
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>						ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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														
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2564 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล</p> <table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </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												

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	38. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	68. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital 68.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) (รพ. ระดับ A, S, M1, M2) 68.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) (รพ. ระดับ F1, F2, F3) 68.3 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) (รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
คำนิยาม	<p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p>  <p>1) Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p>2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัลรูปแบบออนไลน์</p> <p>3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาโรดแมปดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการ</p>

บริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียก รับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่าง เล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดย นำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของ โรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการ บริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบ บริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพ ระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

5) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความ เสี่ยง (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 : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม 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	3.6 BPM : มีระบบ e-payment 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ 3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทงอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกสำเนาบัตรประชาชน
Smart Tools	2.3 Devices : มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue : มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง 2.1 Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

*** BPM : Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ***

** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 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 หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์
- 2.2 Queue: มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง
- 2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
- 3) **Smart Services** (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)
- 3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน
- 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)
- 3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry)
- 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ
- 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม
- 3.6 BPM : มีระบบ e-payment

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



เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2564	2565	2566	2567
1) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services	A, S, M1, M2 80% F1, F2, F3 50% นอก สป. 80%	A, S, M1, M2 90% F1, F2, F3 75% นอก สป. 90%	A, S, M1, M2 100% F1, F2, F3 100% นอก สป. 100%	A, S, M1, M2 100% F1, F2, F3 100% นอก สป. 100%

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย
- โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ
- บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

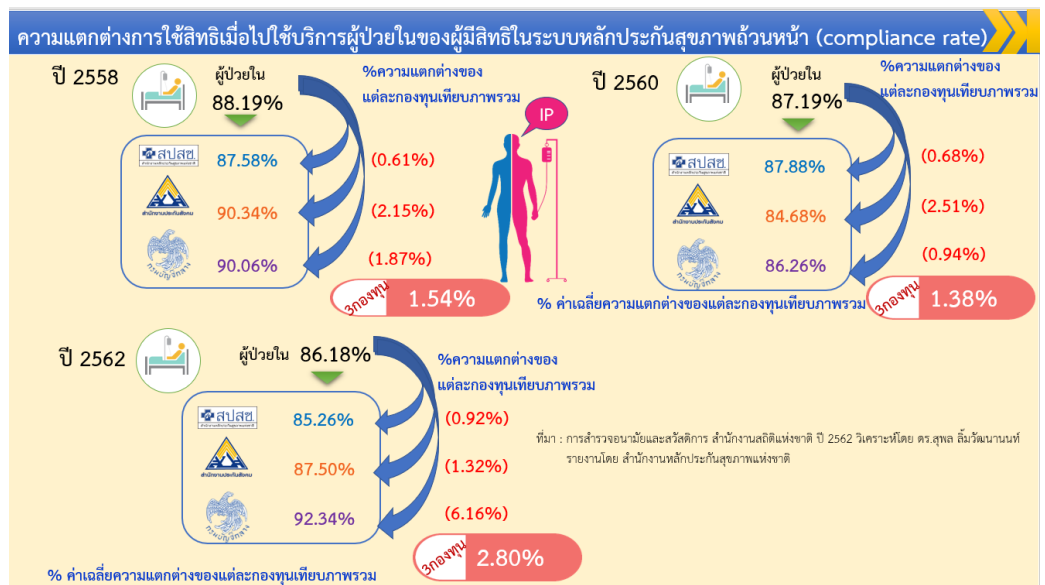
	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital 																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมายที่ 1 หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M1, M2 • เป้าหมายที่ 2 หมายถึง รพ. ระดับ F1, F2, F3 • เป้าหมายที่ 3 หมายถึง รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข • หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน หน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค 																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมายที่ 1, 2, 3 รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Smart Hospital ของกองบริหารการสาธารณสุข • URL http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital 																		
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • เขตสุขภาพ • สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข • กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค 																		
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็น Smart Hospital</p> <p>A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น Smart Hospital</p> <p>A3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ที่เป็น Smart Hospital</p>																		
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด</p> <p>B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด</p> <p>B3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ทั้งหมด</p>																		
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 :																			
	<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>สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64</td> <td>สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64</td> <td>สรุปยอด ณ 30 ก.ย. 64</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital</td> <td>ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1</td> <td>ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1</td> <td>ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2</td> <td>ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2</td> <td>ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3</td> <td>ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3</td> <td>ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64	สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64	สรุปยอด ณ 30 ก.ย. 64	มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
	สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64	สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64	สรุปยอด ณ 30 ก.ย. 64																
มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1																
	ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2																
	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3																
วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมายที่ 1, 2, 3 รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Smart Hospital ของกองบริหารการสาธารณสุข • URL http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital 																		

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)														
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ														
โครงการที่	38. โครงการ Smart Hospital														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	69. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด														
คำนิยาม	<p>บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน</p> <p>ร้านยา หมายถึง ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561</p> <p>การประเมินการดำเนินงาน “ระบบบริการรับยาที่ร้านยา” มี 5 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเปิดบริการรับยาที่ร้านยา</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>โรงพยาบาลมีกลไกการขับเคลื่อนระบบรับยาที่ร้านยาในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาด้วยบริการที่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ดี</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>โรงพยาบาลมีการนิเทศ ติดตาม และประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาในเครือข่าย และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา รวมทั้งมีระบบการรับเรื่องร้องเรียนการบริการรับยาที่ร้านยาและมีแนวทางการแก้ปัญหา</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) อย่างที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลบริการ และมีการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารทางเภสัชกรรมให้กับร้านยาเครือข่ายเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการ</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>โรงพยาบาลและร้านยาร่วมประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ทั้งความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่นัดหมาย</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	1	โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเปิดบริการรับยาที่ร้านยา	2	โรงพยาบาลมีกลไกการขับเคลื่อนระบบรับยาที่ร้านยาในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาด้วยบริการที่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ดี	3	โรงพยาบาลมีการนิเทศ ติดตาม และประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาในเครือข่าย และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา รวมทั้งมีระบบการรับเรื่องร้องเรียนการบริการรับยาที่ร้านยาและมีแนวทางการแก้ปัญหา	4	โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) อย่างที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลบริการ และมีการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารทางเภสัชกรรมให้กับร้านยาเครือข่ายเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการ	5	โรงพยาบาลและร้านยาร่วมประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ทั้งความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่นัดหมาย
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน														
1	โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเปิดบริการรับยาที่ร้านยา														
2	โรงพยาบาลมีกลไกการขับเคลื่อนระบบรับยาที่ร้านยาในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาด้วยบริการที่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ดี														
3	โรงพยาบาลมีการนิเทศ ติดตาม และประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาในเครือข่าย และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา รวมทั้งมีระบบการรับเรื่องร้องเรียนการบริการรับยาที่ร้านยาและมีแนวทางการแก้ปัญหา														
4	โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) อย่างที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลบริการ และมีการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารทางเภสัชกรรมให้กับร้านยาเครือข่ายเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการ														
5	โรงพยาบาลและร้านยาร่วมประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ทั้งความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาที่ร้านยา และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาที่นัดหมาย														
เกณฑ์เป้าหมาย :															
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65												
	จำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 50 แห่ง ผลงาน รพ.สังกัด กสธ. 126 แห่ง	ร้อยละของ รพ. ที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่านระดับ 3 ≥ ร้อยละ 60	ร้อยละของ รพ. ที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่านระดับ 3 ≥ ร้อยละ 80												
			ร้อยละของ รพ. ที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่านระดับ 3 ≥ ร้อยละ 100												
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัด														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานผ่านระดับ 3 ขึ้นไป														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา														

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 20	ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 40	ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 50	ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 60		
2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	แห่ง	2561	2562	2563
			-	-	จำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 130 แห่ง (รพ.สป. 99 แห่ง รพ.กรม 27 แห่ง และ รพ. มหาวิทยาลัย 4 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ญ.วรรณิตา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : naddavo@gmail.com		
หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ญ.วรรณิตา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : naddavo@gmail.com		

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)											
แผนงานที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ											
โครงการที่	39. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	70. ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ											
คำนิยาม	<p>อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</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	-	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
-	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ระบบประกันสังคม (SS) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีคู่)											
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ											
รายการข้อมูล 1	-อัตราการใช้สิทธิของแต่ละระบบ : CR-UC, CR-SS, CR-CS -อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ : CR-Total											
รายการข้อมูล 2	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ : Absolute Difference (CR-UC, CR-Total) , Absolute Difference (CR-SS, CR-Total), Absolute Difference (CR-CS, CR-Total)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Difference (CR-UC, CR-Total) , Absolute Difference (CR-SS, CR-Total), Absolute Difference (CR-CS, CR-Total) }											
ระยะเวลาประเมิน	สิ้นปีงบประมาณ (ปีคู่)											
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td><=1.5%</td> </tr> </tbody> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	<=1.5%									

วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ย { Absolute Difference (CR-UC, CR-Total) , Absolute Difference (CR-SS, CR-Total), Absolute Difference (CR-CS, CR-Total) } ≤ 1.5%																																									
เอกสารสนับสนุน :																																										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>58</th> <th>60</th> <th>62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CR-UC</td> <td>87.58%</td> <td>87.88%</td> <td>85.26%</td> </tr> <tr> <td>CR-SS</td> <td>90.34%</td> <td>84.68%</td> <td>87.50%</td> </tr> <tr> <td>CR-CS</td> <td>90.06%</td> <td>86.26%</td> <td>92.34%</td> </tr> <tr> <td>CR-Total</td> <td>88.19%</td> <td>87.19%</td> <td>86.18%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	58	60	62	CR-UC	87.58%	87.88%	85.26%	CR-SS	90.34%	84.68%	87.50%	CR-CS	90.06%	86.26%	92.34%	CR-Total	88.19%	87.19%	86.18%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>58</th> <th>60</th> <th>62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abs Diff (CR-UC, CR-total)</td> <td>0.61%</td> <td>0.68%</td> <td>0.92%</td> </tr> <tr> <td>Abs Diff (CR-SS, CR-total)</td> <td>2.15%</td> <td>2.51%</td> <td>1.32%</td> </tr> <tr> <td>Abs Diff (CR-CS, CR-total)</td> <td>1.87%</td> <td>0.94%</td> <td>6.16%</td> </tr> <tr> <td>ค่าเฉลี่ย</td> <td>1.54%</td> <td>1.38%</td> <td>2.80%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	58	60	62	Abs Diff (CR-UC, CR-total)	0.61%	0.68%	0.92%	Abs Diff (CR-SS, CR-total)	2.15%	2.51%	1.32%	Abs Diff (CR-CS, CR-total)	1.87%	0.94%	6.16%	ค่าเฉลี่ย	1.54%	1.38%	2.80%
ปี	58	60	62																																							
CR-UC	87.58%	87.88%	85.26%																																							
CR-SS	90.34%	84.68%	87.50%																																							
CR-CS	90.06%	86.26%	92.34%																																							
CR-Total	88.19%	87.19%	86.18%																																							
ปี	58	60	62																																							
Abs Diff (CR-UC, CR-total)	0.61%	0.68%	0.92%																																							
Abs Diff (CR-SS, CR-total)	2.15%	2.51%	1.32%																																							
Abs Diff (CR-CS, CR-total)	1.87%	0.94%	6.16%																																							
ค่าเฉลี่ย	1.54%	1.38%	2.80%																																							
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ชื่อ - สกุล กัญจนา ศิริโกมล, วรณา เอียดประพาล ตำแหน่ง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail : kanjana.s@nhso.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน สปสช. wanna.e@nhso.go.th</p>																																									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>ชื่อ - สกุล กัญจนา ศิริโกมล, วรณา เอียดประพาล ตำแหน่ง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail : kanjana.s@nhso.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน สปสช. wanna.e@nhso.go.th</p>																																									



หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)												
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ												
โครงการที่	39. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน												
ระดับการแสดงผล	ประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัด	71. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ												
คำนิยาม	<p>สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมายสิทธิประโยชน์กลาง หมายถึง สิทธิประโยชน์หลักที่ทุกคนควรได้รับเมื่อจำเป็น การดูแลปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขด้านแรก มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) ความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community relationship) (2) สร้างความรู้ให้กับประชาชน (Empowerment) และ (3) บริการที่มีคุณภาพ (Quality of Care) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี</p> <p>ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย) และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง การมีสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน</p> <table border="1" data-bbox="491 987 1474 1637"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนการดำเนินงาน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือสนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์หลักในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีการประสานงานและจัดทำโครงการวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ</td> </tr> </tbody> </table>	ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือสนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง	2	จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์หลักในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ	3	มีการประสานงานและจัดทำโครงการวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ	4	มีการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ	5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือสนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง												
2	จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์หลักในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ												
3	มีการประสานงานและจัดทำโครงการวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ												
4	มีการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ												
5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ												

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ผู้ป่วยใน ของ 3 กองทุน	มีข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน 3 กองทุน	มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ	มีการประกาศใช้และปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางของ 3 กองทุน

วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปี พ.ศ. 2566
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2. ระบบประกันสังคม 3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากระบบรายงาน และผลการดำเนินงานของหน่วยงาน /หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A = ขั้นตอนการดำเนินการตามเป้าหมาย
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A (ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการนำเสนอแนวทางการเตรียมการขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์กลางเพื่อนำเข้าในการประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	3 กองทุน รับทราบ ข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางเพื่อจัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิของ แต่ละกองทุน	3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงาน ต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน 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
ขั้นตอนการดำเนินงาน 1 จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือ สนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง	ขั้นตอนการดำเนินงาน 2 จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์หลักในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ	ขั้นตอนการดำเนินงาน 3 และ 4 มีการประสานงานและดำเนินงานโครงการวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ	ขั้นตอนการดำเนินงาน 5 มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ

ปี 2565:

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

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมุติ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1553
โทรสาร :

ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :

2. นายวัลลภ คชบก
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
โทรสาร :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 089 779 3178
E-mail :

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
โครงการที่	40. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 72.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 72.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6								
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio :CR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{สินค้าคงเหลือ}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = $\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$ 5. (Net Income : NI) = $\frac{\text{รวมรายได้} - \text{หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ}}$ <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดหน่วย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้นำหน้าของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าวมาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้</p> <table border="0"> <tr> <td>ระดับ 0-1</td> <td>ปกติ</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</td> </tr> </table>	ระดับ 0-1	ปกติ	ระดับ 2	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน	ระดับ 3	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน	ระดับ 4	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
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 และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยแก้ไขปัญหามาตรการทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2564

1.มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และ ด้านหลักประกันสุขภาพ

มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Efficient Management)

มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 การประเมินความพร้อมเพียงที่จะสามารถจัดบริการได้ของทุกกองทุน* (*ทุกกองทุนหมายถึง 5 กองทุนหลักประกอบด้วย 1.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าUC 2. กองทุนประกันสังคม 3.กองทุนข้าราชการ 4. กองทุนแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว 5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 1.2 การจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ ต้นทุนและผลการดำเนินงานของทุกกองทุน กลุ่มเป้าหมาย : ร้อยละ 20 รพ.ทุกเขตทุกประเภท 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์* *การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด

		1.3 การบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ	<p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p> <p>ผลการดำเนินงานปี 2563 : <u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 100 <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 2563 <u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 8.48 <u>รอบที่ 2</u> ร้อยละ 8.26</p>
	มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)	<p>2.1 เกณฑ์การประเมินตามนโยบายบัญชี หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 ข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ของศูนย์ต้นทุนที่ต้อง</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริการ)* เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เกณฑ์การตรวจสอบข้อมูลเงินงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ของศูนย์ต้นทุนที่ต้อง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)	<p>3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3.2 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ</p>	<p>3.1 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p> <p>3.2 ร้อยละของผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p>
		3.3 พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจ	3.3 ร้อยละของหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพ

	<p>สุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ</p> <p>3.4 พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพแก่ผู้บริหารหน่วยบริการ</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p> <p>3.4 ร้อยละของผู้อำนวยการโรงพยาบาลใหม่</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80</p>
<p>มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ</p> <p>4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินของหน่วยบริการในจัดการด้านประสิทธิภาพ</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย</p> <p>ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินของหน่วยบริการ ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกิน ร้อยละ 6</p> <p>4.2 เขตมีนวัตกรรมการเงินการเขตละ 1 รูปแบบ</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ประเมินผลความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
<p>มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)</p>	<p>5.1 การควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงาน</p> <p>5.2 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)</p> <p>5.3 การควบคุมกำกับด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Unit cost)</p> <p>5.4 การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p>	<p>5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่นเกิน ร้อยละ 5</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</p> <p>5.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65</p> <p>5.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ85</p> <p>5.4 มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้านการเงินการคลัง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : 1 ระบบ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 8	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 6	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	1. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 2. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

ปี 2564:

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

ปี 2565:

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

ปี 2566:

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 :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทาง
การเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส 1/61 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/61 ร้อยละ 0 ไตรมาส 3/61 ร้อยละ 1.45 ไตรมาส 4/61 ร้อยละ 4.7	ไตรมาส 1/62 ร้อยละ 0 ไตรมาส 2/62 ร้อยละ 0.1 ไตรมาส 3/62 ร้อยละ 0.3 ไตรมาส 4/62 ร้อยละ	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- ชื่อ - สกุล นายกรฤช ลิ้มสมมุติ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : cwatchai@yahoo.com
สถานที่ทำงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
- ชื่อ - สกุล นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901797 โทรศัพท์มือถือ : 08-8849 -2440
โทรสาร : E-mail : higmoph@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

นางสาวโณทัย ไชยपालะ
กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : meawrnothai@gmail.com
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	41. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอบการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น <p>4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงเทคโนโลยีที่</p>

เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

5. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ
6. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้
 - 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชิ้นเนื้อ การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
 - 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
 - 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
7. **ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	
จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 10 เรื่อง	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 12 เรื่อง	
กรณีวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา อย่างน้อย 8 เรื่อง			
จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ในปีงบประมาณ 2565 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง			
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนและชุมชน 2. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. นักวิจัย 4. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - พัฒนา ปรับปรุงฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่อง	- จัดทำแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2563 อย่างน้อย 1 แผน - จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพตามแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สํารวจจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จในปีงบประมาณ 2563	- จัดทำรายงานสรุป พร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 8 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น

			ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ใน ปีงบประมาณ 2563 มีการ ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 4 เรื่อง
--	--	--	---

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพให้แก่ หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2564 อย่างน้อย 1 แผน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานอื่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2564 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูล ปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อม ข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการพิจารณาเชิง นโยบายในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 10 เรื่อง

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพให้แก่หน่วยงาน อื่น ปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 1 แผน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานอื่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2565 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูล ปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุป พร้อม ข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการพิจารณาเชิง นโยบายในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด อย่างน้อย 12 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน :	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	1. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด เพิ่มขึ้นจาก ปีที่ผ่านมา	เรื่อง	17	10	13
	2. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด มีการใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครอง ผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์	เรื่อง	-	8	13
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสิริภากร แสงกิจพร ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2951 0000 ต่อ 99363 โทรศัพท์มือถือ: โทรสาร : 0 2951 1297 E-mail: siripakorn.s@dmsc.mail.go.th</p> <p>2. นพ.สุรัคเมธ มหาศิริมงคล ผอ.กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 98477 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2965 9771 E-mail: surakameth.m@dmsc.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง ผอ.กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99014 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1.นางสาวศิริรัตน์ อินตะวิชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p> <p>2.นายจุลภัทร คงเจริญกิจกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99037 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: monitor_plan@dmsc.mail.go.th</p>				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	41. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	74. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการและการจัดบริการสาธารณสุขได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น โดยมีโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร ในรูปแบบคณะกรรมการ พื้นฐาน 2 ชุด คือ 1) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวงสาธารณสุข 2) คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ</p> <p>ขอบเขตการดำเนินงาน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ 1–12 ที่มีการแบ่งเขตการจัดการบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากร และประชากร 2. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ขึ้นอยู่กับเขตสุขภาพจะกำหนดเป็นสถานพยาบาลระดับใด เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อกำหนดเป็นสถานพยาบาลระดับใด กลุ่มเป้าหมายจะหมายถึงสถานพยาบาลระดับนั้น 3. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น 4. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) 5. แผนงาน/โครงการ (Program/Project) หมายถึง การวางแผนการทำงานเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ อย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงาน สถานที่ดำเนินงานงบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ ผลผลิต/ผลลัพธ์ 6. ออกแบบระบบ (System Designs) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการแนวทาง ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การออกแบบระบบเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยนอก เป็นต้น 7. กลไก (mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน เช่น มี MCH Board เพื่อขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เป็นต้น 8. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการ ตรวจสอบ การดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่

	<p>วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>9. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพ
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลในเขตสุขภาพ ที่ 1-12 ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ ที่ 1-12
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีระบบติดตามกำกับ	1. มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง	1. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 2. มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัดและหน่วยบริการ 2. มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 3. การรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน						
<p>1. นำเสนอแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ</p> <p>2. นำเสนอระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนา นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ</p> <p>3. นำเสนอระบบกำกับติดตามและประเมินผล</p>	<p>1.การนำแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพไปปฏิบัติ ในพื้นที่จริง</p> <p>2. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล</p>	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. สรุปผลการผลดำเนินงาน</p> <p>2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>						
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส</p> <p>2. เขตสุขภาพมีเอกสาร/หลักฐานประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>								
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>-</p>								
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	2561	2562	2563			ร้อยละ 100
2561	2562	2563							
		ร้อยละ 100							
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>กองตรวจราชการ</p> <p>1. นางสุนีย์ สว่างศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901958 โทรสาร : 02-5901482</p> <p>2. นายชิตชนินทร์ นิยมไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901602 โทรสาร : -</p> <p>3. นางปาริฉัตร ตันติยวงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901676 โทรสาร :-</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>4. นางลินลา ตู้อึ้ง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651 โทรสาร : -</p> <p>5. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1651 โทรสาร : -</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-33882659 E-mail : suneehealth@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7255199 E-mail : jitchaninn@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-5547770 E-mail : tanuan4@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-751 2948 E-mail : narenthorn201 @gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-573 3547 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com</p>								

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	42. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	75. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายและการบังคับใช้ 75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย 75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
คำนิยาม	กฎหมาย หมายถึง กฎหมายตั้งแต่ระดับพระราชบัญญัติพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ คำสั่ง และหลักเกณฑ์ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุข และหน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข - กฎหมายที่ต้องดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาให้ทันสมัยมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ ปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน การปรับปรุงและพัฒนา หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการออกกฎหมาย การปรับปรุง กฎหมาย การยกเลิกกฎหมาย หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนากฎหมาย ในการออก กฎหมายใหม่ การปรับปรุงและพัฒนา กฎหมายที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัยเข้ากับสภาพการณ์ ปัจจุบัน หรือการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายตาม พรบ.หลักเกณฑ์ การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินงานตามกระบวนการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ และผลสัมฤทธิ์ตามจุดมุ่งหมายที่กฎหมายบัญญัติไว้เพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน

เกณฑ์เป้าหมาย

รายละเอียด	2560	2561	2562	2563	2564
75.1 ระดับความสำเร็จในการ พัฒนากฎหมาย	-	-	-	-	ระดับ 5
75.2 ระดับความสำเร็จของ การบังคับใช้กฎหมายด้าน สุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ	-	-	ร้อยละ 80 (61จังหวัด)	ร้อยละ 80 (61 จังหวัด)	ร้อยละ 80 (61 จังหวัด)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย

พิจารณาจากความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายปีงบประมาณ 2564 มีเป้าหมายดังนี้

- กฎหมายที่ต้องดำเนินการพัฒนา ตามเป้าหมายของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์
ปัจจุบัน ทันสมัย ไม่สร้างภาระแก่ประชาชน และเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

เกณฑ์การประเมิน

ค่าคะแนนที่ได้				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีคำสั่งตั้ง คณะกรรมการ พัฒนา กฎหมาย ระดับ กระทรวง	มีการจัดประชุมหรือแจ้ง คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา กฎหมายระดับกระทรวงและ กำหนดกฎหมายที่จะพัฒนา ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย	มีการจัดประชุมหรือ มีหนังสือกำกับ ติดตามการ ดำเนินการพัฒนา กฎหมาย	มีการจัดประชุมหรือมี หนังสือสรุปผลการ ดำเนินงานพัฒนา กฎหมาย	รายงานผลการ ดำเนินการพัฒนา กฎหมาย ต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ตัวชี้วัดย่อยที่ 75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
คำนิยาม

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพที่มุ่งเน้น ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จะบังคับใช้กฎหมาย จำนวน 10 ฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 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

เกณฑ์เป้าหมายการวัดระดับความสำเร็จตัวชี้วัดย่อยที่ 2

ตัวชี้วัดที่ 75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

75.2.1 : ร้อยละ 50 ของการตรวจเฝ้าระวังตามเป้าหมายแผนบูรณาการกฎหมายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 2 ฉบับ

75.2.2 : ร้อยละ 80 ของการดำเนินคดีกฎหมายด้านสุขภาพ ตามจำนวนคดีหรือเรื่องในทะเบียนรับ

คำอธิบาย

75.2.1	หมายถึง ผลการดำเนินงานการตรวจเฝ้าระวังตามแผนบูรณาการบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ โดยอย่างน้อยให้มีนิติกรหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกรร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน หน่วยงานในสังกัด ภายนอกหน่วยงาน หรือกับเครือข่ายบังคับใช้กฎหมาย เพื่อตรวจเฝ้าระวัง ประชาสัมพันธ์ เกณฑ์ ร้อยละ 50 ของการตรวจเฝ้าระวังตามเป้าหมายในแผนบูรณาการกฎหมายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 2 ฉบับ
75.2.2	หมายถึง ผลการดำเนินการทางกฎหมาย การดำเนินคดีโดยมีนิติกรหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่นิติกร ร่วมดำเนินคดีตามข้อร้องเรียน ข้อสั่งการ การแจ้งเบาะแสการกระทำผิด ที่ได้รับการประสานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน หน่วยงานในสังกัด หน่วยงานภายนอก หรือจากเครือข่ายบังคับใช้กฎหมาย เกณฑ์ ร้อยละ 80 ของการดำเนินคดีกฎหมายด้านสุขภาพ จากจำนวนคดีหรือเรื่องในทะเบียนรับ

เกณฑ์การประเมินระดับประเทศ

75.2.1 : ร้อยละ 50 ของการตรวจเฝ้าระวังตามเป้าหมายแผนบูรณาการกฎหมายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 2 ฉบับ

75.2.2 : ร้อยละ 80 ของการดำเนินคดีกฎหมายด้านสุขภาพ จากจำนวนคดีหรือเรื่องในทะเบียนรับ

การประเมิน ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศที่ผ่านเกณฑ์ตาม 75.2

การผ่านเกณฑ์ในแต่ละระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์การประเมินระดับจังหวัดทั้ง 75.2.1

และ 75.2.2 ในระดับเดียวกัน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 40 (31 แห่ง)	ร้อยละ 50 (39 แห่ง)	ร้อยละ 60 (47 แห่ง)	ร้อยละ 70 (54 แห่ง)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (61 แห่ง ขึ้นไป)

เกณฑ์การประเมินระดับจังหวัด				
75.2.1 : ร้อยละ 50 ของการตรวจเฝ้าระวังตามเป้าหมายแผนบูรณาการกฎหมายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 2 ฉบับ				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
75.2.2 : ร้อยละ 80 ของการดำเนินคดีกฎหมายด้านสุขภาพ จากจำนวนคดีหรือเรื่องในทะเบียนรับ				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชน 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเชิงบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ระดับองค์กร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 2. องค์ประกอบการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมาย 2.1 กฎหมายด้านสุขภาพ และกฎหมายภายใต้ภารกิจกระทรวงสาธารณสุข 2.2 บุคลากรในกลุ่มกฎหมาย สสจ. หรือ งานนิติกร รพท. รพท. 2.3 เครือข่ายบังคับใช้กฎหมายภายในหน่วยงาน/หน่วยงานในสังกัด/หน่วยงานภายนอก 2.4 พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ			
แหล่งข้อมูล	1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต			
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	จำนวนกฎหมายภายใต้ภารกิจกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการปรับปรุงและพัฒนา			
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
ตัวชี้วัด	75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย			
รายการ 1	A = ระดับความสำเร็จในการดำเนินการได้			
สูตรคำนวณ	A			
ตัวชี้วัด	75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ			
รายการ 1	A = จำนวน สสจ. ที่ดำเนินการครบเกณฑ์การประเมิน 75.2 ที่กำหนด			
รายการ 2	B = จำนวน สสจ. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 75.2 ระดับประเทศ	จำนวน สสจ. ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด 75.2 × 100 จำนวน สสจ. ทั้งหมด		
การประเมินผล	1 ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไข ประเมินปีละ 1 ครั้ง 2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินผลแบบลายลักษณ์อักษร 6 เดือน/ครั้ง			

เกณฑ์การประเมิน

75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย

ปี 2564 :

รอบ 12 เดือน
ตามเป้าหมายที่กำหนด

ปี 2565 :

รอบ 12 เดือน
-

ปี 2566 :

รอบ 12 เดือน
-

ปี 2567 :

รอบ 12 เดือน
-

ปี 2568 :

รอบ 12 เดือน
-

75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2564 :

ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัด 75.2	ร้อยละ 50 (39 แห่ง)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (61 แห่ง ขึ้นไป)

ปี 2565 :

ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2564		

ปี 2566 :

ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2565		

ปี 2567:

ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2566		

ปี 2568 :		<table border="1"> <tr> <td>ความสำเร็จ</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2567</td> </tr> </table>			ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน		ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2567								
ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน															
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2567																	
วิธีการ ประเมินผล :	<p>75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย พิจารณาจากผลสำเร็จในการพัฒนา กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ หน่วยงานภายในกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ประเมินจากข้อมูลการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี																
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	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรสาร : 02-5901434 นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายนายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์สิริพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายอนุชา กาศลิ่งกา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901428 โทรสาร : 02-5901434 </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <p>ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</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 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>รองผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> </td> </tr> </table>				<ol style="list-style-type: none"> นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรสาร : 02-5901434 นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายนายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์สิริพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายอนุชา กาศลิ่งกา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901428 โทรสาร : 02-5901434 	<p>ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</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 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>รองผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>											
<ol style="list-style-type: none"> นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัศมี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426 โทรสาร : 02-5901434 นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายนายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นางสาวนิญดา เศรษฐ์วัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์สิริพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร : 02-5901434 นายอนุชา กาศลิ่งกา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901428 โทรสาร : 02-5901434 	<p>ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</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 โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>รองผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th</p>																

	9. นางสาวจุฑารัตน์ กระจุกเหลี่ยม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร :02-5901434	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 2. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 2. นายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 3. นางสาวนิญดา เศรษฐวิวัฒนา โทรสาร :02-5901434 4. นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 5. นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์สิริพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 6. นางสาวทิพวรรณ อัฐนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434	หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการ E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th E-mail : legal@health.moph.go.th
	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

