



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 ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

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

กระทรวงสาธารณสุข

พฤษภาคม 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	45
9	จำนวนครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพ	51
10	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	59
11	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	66
12	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	77
13	จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	82
14	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	85
15	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	88
16	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	92
17	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	95
18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	99
19	ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	105
20	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	112
21	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	115
22	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	118
23	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	124
24	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	126
25	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	134
26	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่	146

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
27	อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	159
28	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S ให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือก ครอบคลุมตาม Key Step Assessment	161
29	ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID	165
30	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	169
31	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	175
32	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	178
33	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	180
34	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	182
35	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	187
36	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	192
37	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	195
38	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	199
39	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	207
40	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษ ตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	211
41	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	214
42	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m ² /yr	218
43	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	221
44	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	223
45	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	226
46	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward)	230
47	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	241
48	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่าน การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	252
49	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	255
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน	264
51	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	268
52	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	270

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
53	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	273
54	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว	276
55	ร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน	279
56	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของสถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ	284
57	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์	289
58	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	294
59	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	298
60	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	302
61	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	305
62	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	310
63	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	314
64	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	320
65	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	326
66	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	333
67	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	337
68	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	354
69	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด	359
70	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ(compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบ	361
71	ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	363
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	367
73	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	373
74	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ	378
75	ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายและมีการบังคับใช้	382

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 ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด 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	1. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อเกิดมารดาตาย ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย - แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง - ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง 3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด - เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา 4. ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย - 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				

	5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปรีกำเนิด ทุก 3 เดือน - จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง								
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร์								
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วันทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน						
ปี 2561:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน						
ปี 2562:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน						
ปี 2564:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน						
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย								
เอกสารสนับสนุน :	- 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	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 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				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	2. เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและการสมวัย 2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี 2.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อย 2.1	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	- 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) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ - สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง $+1.5$ 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 - มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิง หลังคลอดที่ให้ นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ - ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐหรือเอกชน ร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-2 ปี โดยมีส่วนร่วมในการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการ สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย และการนอน 2) ดำเนินงานผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และครบถ้วนทุกกิจกรรมสำคัญ 3) ดูแลการให้บริการคุณภาพมาตรฐานในงาน ANC และ WCC 4) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคนในตำบล - ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบลมหัศจรรย์ 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) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วยบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ 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 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
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 ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง(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 นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-4327 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 025904339 E-mail : wareethip.p@anamai.mail.go.th 2. นางสาววรารณ จิตอารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-4327 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 025904339 E-mail : wareethip.p@anamai.mail.go.th 2. นางสาววรารณ จิตอารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 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 ● 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

	เด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● 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 พบสงสัย ล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	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	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก 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:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2563:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2564:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2565:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
ปี 2566:												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วิธีการประเมินผล :	1. ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุกวัน 2. นำผลการดำเนินงานในแต่ละเดือนรวมกัน เพื่อย่อยรายงานผล 3. การดึงข้อมูล ให้รอข้อมูลพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าหลังการติดตาม 45 วัน											

เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 3. คู่มือ DSPM (ปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปีวิดีโอ) 4. คู่มือมิสนมแม่ 5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ 6. คู่มือผู้อำนวยการเล่น (Play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของ เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	80.7	87.1	90.4
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					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยเกียรติพรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5883088 ต่อ 3131 โทรศัพท์มือถือ : 089 144 4208 E-mail : teerboon@hotmail.com 2. นางประภาพร จังพาณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904425 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 E-mail : prapapon.j@anamai.mail.go.th				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายสุทิน ปุณทริกภักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 588 3088 ต่อ 3111 E-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th 2. นางสาวพรชนนต์ บุญคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 588 3088 ต่อ 4100 โทรศัพท์มือถือ : 086 359 6215 E-mail : phonchanet@hotmail.com 3. 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	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 3.1 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 3.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น			
	เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษาเมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันที่ค่า = 100 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 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			
เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	วัดผลปี 64	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย 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 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 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) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นแล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM ทั้งหมด ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม SPECIALPP ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย 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												
เกณฑ์การประเมิน : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
ปี 2560 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 50</td></tr></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 50										
ปี 2561 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 55</td></tr></table>		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 55										
ปี 2562 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 60</td></tr></table>		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										
ปี 2563 : 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 60</td></tr></table>		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										
ปี 2564 : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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></table>		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										
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100										
ร้อยละ 30	ร้อยละ 45	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70										

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจากการรายงานผลในแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ				
เอกสารสนับสนุน :	- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	-
	ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ *หมายเหตุ ปี63 : อายุ 9,18,30,42,60 เดือน	ร้อยละ	37.79 (เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 14 ก.ย.61)	53.08 (เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 30 ก.ย.62)	66.87* (เขต 1-12 ข้อมูลจากHDC ณ 31 ส.ค.63)
	ร้อยละของเด็กปฐมวัย (ทุกช่วงอายุ) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ	58.15 (ข้อมูล ณ 31 ส.ค.61)	38.25 (ข้อมูล ณ 30 ส.ค.62)	51.98 (ข้อมูล ณ 31 ส.ค.63)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	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 สุขทัพพ์ 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	เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3) สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 S.D. ถึง-1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไป ภาวะอ้วน หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)																							
เกณฑ์เป้าหมาย :																								
<table><tr><th>ชื่อตัวชี้วัด</th><th>ปี 2563</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr><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></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	1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี 2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน																							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ : พื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 40.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 150.3 เซนติเมตร																							

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 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล 11	B3 = จำนวนเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 12	B4 = จำนวนเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะ ทุพโภชนาการโดยภาพรวม	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$ 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$ 5. ความครอบคลุม = $(B1/B2) \times 100$ 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A5 / B3)$ 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A6 / B4)$
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 ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและการจัดการแก้ไขปัญหาทุกคน

	- ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ฯลฯ ภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (รายละเอียดแนบท้าย) - จัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ และสุขอนามัย เช่น ส่งเสริมการบริโภคไข่ ต้มนมจืด ในวันไขโลก วันเด็กแห่งชาติ และวันนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา สุขภาพช่องปาก ฯลฯ 1.3 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2563) พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค. ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2564) พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 1.4 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขตตามระยะเวลาที่กำหนด 2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้ 2.1 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC 2.2 รายงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	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” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 10. หนังสือผักผลไม้สู้รัง 11. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน 12. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับเด็กวัยเรียน

	13. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 14. คู่มือ สมัครขอรับรางวัลองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทยสูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี 15. สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ วิดีโอ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย : www.chopachipa.org http://dopah.anamai.moph.go.th/?page_id=78				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	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* วัดผลในปี 2565	เซนติเมตร	-	ชาย = 147.7 หญิง = 148.9	ชาย = 148.7 หญิง = 149.8
หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวทิพรัตน์ คงสุวรรณ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : thiparadee@gmail.com 2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 3. ดร.นภัสภพ สุกะพิชน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : suppich_2@hotmail.com 4. นางสาวศิริณญา วัลภา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904584 E-mail : Sirinya.w@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยเรียนและวัยรุ่น กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ ตำแหน่ง : นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com				

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

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 : น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง และมีส่วนสูงตามเกณฑ์	- เด็กวัยเรียนควรกินอาหารใน 1 วัน : • ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี • ผัก 4 ทัพพี/12 ช้อนกินข้าว • ผลไม้ 3 ส่วน • เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว • นม 2-3 แก้ว	■ ฝึกความอดทน หัวใจ ปอด หลอดเลือด อย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน เน้นกิจกรรมที่มีแรงกระแทกต่อข้อต่อ : กระโดด แคน เล่นสนุก จนเหนื่อยหอบ+การเล่นกีฬา/ ออกกำลังกายที่ถนัด ■ ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาเมื่อเย็นวันเว้นวัน เน้นกิจกรรมฝึกด้วยแรงต้าน : บอดี้เวท ■ ฝึกความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ทุกวัน เน้นกิจกรรมผ่อนคลาย : กายบริหาร ยืดเหยียด	• ระดับประเทศ/กระทรวง - นโยบายส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน - มาตรการสนับสนุนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ - รณรงค์ : ตีพิมพ์ 2 แนวทางวัน กินผัก 4 ช้อนกินข้าวทุกวัน แบ่งวันละ 2 ครั้ง ละ 2 นาที กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จดจำสถิติเหนื่อยหอบอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน และตรวจสายตา - พัฒนารูปแบบทีม นิเทศ ติดตามและประเมินผล แบบบูรณาการร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่สำคัญ
	อ้วน : น้ำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูง เท่ากันมีโอกาสเกิดโรค NCD แทรกซ้อน	- ลดข้าว-แป้ง-น้ำตาล และไขมัน • ดื่มนมรสจืดไขมันต่ำ 2 แก้ว • กินอาหารที่มีแคลเซียมสูง • ลดการกินจุบจิบ ประเภททอด และของหวาน • กินผลไม้รสหวานน้อยเป็นอาหารว่างแทนขนมและเครื่องดื่มรสหวาน	- ทำกิจกรรมเหมือนกับเด็กหมอม และเฉีย • เพิ่มระยะเวลาการฝึกแบบเข้มข้น ยาวนานกว่า • เพิ่มระยะเวลาการฝึก PA ที่มีแรงกระแทกเมื่อมีดใหญ่ๆ มากกว่า	• ระดับจังหวัด/อำเภอ - พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง เด็กฟันผุ สายตาดัดผิดปกติ สู่ระบบบริการสุขภาพ - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน - พัฒนากิจกรรมเคลื่อนไหวและขยายผลงานเครือข่ายโรงเรียน
	ผอม : น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานอยู่ใน เกณฑ์ขาดสารอาหาร	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น • อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง • ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน • กินไข่ 1-2 ฟอง • กินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้น : ทอด ผัด กะทิ • เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง • เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ	■ ฝึกPA ที่มีแรงกระแทกสูง : กระโดด ริ่ง ร่วมกับการเล่นกีฬา/ ออกกำลังกายที่ถนัด ■ ฝึกแบบเข้มข้น (เหนื่อยมาก/หอบ)ผสมฝึกแบบหนักสลับเบา : ริ่งเร็วเต็มที่ในเวลาสั้นๆ สลับพัก 30 วินาที กระโดดจิ้งโจ้ 10-15 รอบ พักระหว่างรอบ 30 วินาที ปั่นจักรยานด้วยความเร็วสูงสลับกับความเร็วปกติ • ฝึกกระโดดสูง ครั้งละประมาณ 10-30 นาที ตามความถนัด ■ ฝึกPA ที่มีแรงกระแทกสูงเมื่อมีดใหญ่ๆ : ขา แขน ท้อง ออก หลังจนแล้ววันเว้นวัน ด้วยกิจกรรมที่มีแรงต้าน : เก้าอี้ยี่ฟอง บอดี้เวท • อบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังทำ PA แบบเข้มข้นทุกครั้ง • ทำPA แบบเข้มข้นในคอนเซ็ปต์ ร่วมกันยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในช่วงเย็นก่อนอาหารมื้อเย็น/ก่อนนอน	• ระดับท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว - การจัดการสวท.ที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การแปร่งฟัน และการตรวจสายตา - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยง โดยนักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน/ อสม.วัยเรียน/นปค. - พัฒนา HL โดยบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตรและพัฒนากระบวนการส่งเสริม HL ในเด็กให้มีประสิทธิภาพ
	เฉีย : ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็ก ที่มีอายุเท่ากัน เด็กเติบโตไม่ดี ขาดอาหารเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น • ดื่มนม 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 : องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเด็กวัยเรียน 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		
ไม่เกิน 38		ไม่เกิน 38		ไม่เกิน 38		
ปี 2563:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
ไม่เกิน 34		ไม่เกิน 34		ไม่เกิน 34		
ปี 2564:						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
ไม่เกิน 27		ไม่เกิน 27		ไม่เกิน 27		
วิธีการประเมินผล :		ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2561	2562	2563
		อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 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		1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904168 โทรสาร : 02-5904163 2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย				
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163 2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4167 Email : poppysunko.j@gmail.com สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย				
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร 02-5904163				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163 2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-590 4167 Email : poppysunko.j@gmail.com สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย				
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 063-6698855 E-mail : phimonthicha@gmail.com		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรสาร 02-5904163				

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	1.ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วม ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2.แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือ ที่เกี่ยวข้อง 3.การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์ รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนา เครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)  สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ NEW.pdf 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	50	60	70	80	85
วัตถุประสงค์	1. เพื่อวางแผนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการวางแผนการดูแลครบทุกมิติและรอบด้านเป็นรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับ ชุมชนที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อติดตาม/ประเมินระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง มีความสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิการรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิการรักษา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คัดกรองและประเมิน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : ตามความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ประเมินตามรอบ 9 และ 12 เดือน 2. จัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 โดยจัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มี ADL < 11) :				

	- 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) ข้อมูลจากการดำเนินการจัดทำ Care Plan ประมวลผลและรายงานเข้าสู่ระบบ - โปรแกรม Long Term Care รายงานประจำเดือน กรมอนามัย - โปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - โปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง								
แหล่งข้อมูล	- DOH Dashboard กรมอนามัย และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง - Health KPI กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ : $\frac{A \times 100}{B}$								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เมษายน – กันยายน 2564)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>45</td><td>-</td><td>50</td></tr></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><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>55</td><td>-</td><td>60</td></tr></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><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>65</td><td>-</td><td>70</td></tr></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><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>75</td><td>-</td><td>80</td></tr></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 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	83	-	85
ทุกจังหวัดมีการประเมิน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีแผนการขับเคลื่อนและมีแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย ADL - มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกจังหวัดมีการประเมิน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	ทุกจังหวัดมีการประเมิน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 83	ทุกจังหวัดมีการประเมิน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล :

1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนอคณะกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคล
4. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำปีเดือน
5. กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

- 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)

	- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (3C)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	1.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	88.90	92.42	89.56
หมายเหตุ : ข้อมูลร้อยละผลงาน จะสูง /ต่ำมีความแตกต่างกัน เนื่องจากขึ้นกับเงื่อนไขของการเก็บข้อมูล Care Plan - ในปี2561 ตัวตั้งคือ Care Plan ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากอนุกรรมการ LTC แล้วจึงเก็บมาเป็นตัวตั้ง แล้ว หารด้วย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC - ในปี2562 เริ่มทำ Care Plan online ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ UC ซึ่งทำในระบบโปรแกรม Long Term Care เป็นตัวตั้งทั้งหมดแล้ว หารด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าร่วมโครงการ LTC และขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม Long Term Care - ในปี2563 ทำ Care Plan online ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ ซึ่งทำในระบบโปรแกรม Long Term Care เป็นและตรวจสอบสิทธิจากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. ทั้งหมดแล้ว หารด้วยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC - ในปี2564 ทำ Care Plan online ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัยทุกสิทธิ ซึ่งทำในระบบ โปรแกรม Long Term Care และตรวจสอบสิทธิจากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. ทั้งหมดแล้ว หารด้วยผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัยทุกสิทธิ ที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	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				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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				

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. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 7.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 7.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
ตัวชี้วัดย่อยที่ 7.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ 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 หมายเหตุ: 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	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ อย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) 4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)		
แหล่งข้อมูล	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	สูตรการคำนวณ ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = $\frac{A \times 100}{B}$		
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2563 – กรกฎาคม 2564		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	40
ปี 2561:			
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
1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่ 2. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้งาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน ในการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานระดับพื้นที่	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 50 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 40 3. มีการกำกับ ติดตาม และ เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 100 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 50 3. มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 2. วางแผนดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

วิธีการประเมินผล :

คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน

เอกสารสนับสนุน :

1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (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	1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904503 โทรศัพท์มือถือ : 081 682 9668 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
	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				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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				
	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				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	3. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
	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				
	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				
	3. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4499 โทรสาร : 02 590 4501 E-mail : 02group.anamai@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				

ตัวชี้วัดย่อยที่ 7.2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)   สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ NEW.pdf 2. ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) 3. มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขโรค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น 4. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมออนามัย /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก - กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม 6. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - รายงานการขึ้นทะเบียน CM /CG /CP

	- การรายงานผลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ ที่ผ่านการประเมินมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป เพื่อให้การประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	50	60	70	80	95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูด้านสุขภาพ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนและขับเคลื่อนการจัดบริการการดูแลด้านสาธารณสุข จากหน่วยบริการเชื่อมโยงถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และตาม ชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้าง สังคมแห่งความเอื้ออาทรและสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัด ในหน่วยบริการ เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการมี ส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูและป้องกันในผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกคนตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล โดยภาคี เครือข่ายในระดับพื้นที่ทุกภาคส่วน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่ว ประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการคัดกรอง : - มีการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนา เครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) - กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (ADL) ประเมินตามรอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน เพื่อดู การเปลี่ยนแปลงและคุณภาพของ Care Plan ข้อมูลมีบริการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล : - การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคใน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปโภค ที่เอื้อต่อการ ดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น ข้อมูลการจัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ตั้งแต่ประจำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยจัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มี ADL < 11) : - หน่วยบริการมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)				

	- มี Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าเยี่ยมและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตาม Care Plan - พื้นที่หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)								
แหล่งข้อมูล	แหล่งฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้น /อ้างอิง : - 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 ตามองค์ประกอบใหม่ ปี 2564)	A1 = จำนวนตำบลใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 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								
รายการข้อมูล ที่ 4	B = จำนวนตำบลทั้งหมด								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ $\frac{A \times 100}{B}$ หมายเหตุ A = จำนวนผลรวมของตำบลใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบของปีงบประมาณ 2564 กับ จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินมาแล้วอย่างน้อย3ปี และขอรับการประเมินรับรองซ้ำ (RE – Accreditation) ปีงบประมาณ 2564 ตามเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบ								
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2563 – เดือนมีนาคม 2564) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2564)								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560: <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>30</td><td>-</td><td>50</td></tr></table> ปี 2561:		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						

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 - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) - มีการประชุมชี้แจงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล - มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลคุณภาพในทุกพื้นที่	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) - มีผลการประเมินตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93	- มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - มีผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) - มีจำนวนตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล :	1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน 3. ศูนย์อนามัยเขตสุมประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และรายงานประจำเดือน					
เอกสารสนับสนุน :	- 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 - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (3C)					
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					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	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	คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน หมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ • 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 • มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ และ ปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ ไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก • มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุขึ้นเป็น การเฉพาะ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ ในระดับ 20 คะแนนขึ้นไป									
เกณฑ์เป้าหมาย :										
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr><tr><td>ระดับคุณภาพ $\geq 30\%$</td><td>ระดับคุณภาพ $\geq 40\%$</td><td>ระดับคุณภาพ $\geq 50\%$</td></tr><tr><td>ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%</td><td>ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%</td><td>ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ระดับคุณภาพ $\geq 30\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 40\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 50\%$	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66								
ระดับคุณภาพ $\geq 30\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 40\%$	ระดับคุณภาพ $\geq 50\%$								
ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%								
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงาน ประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ									
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 $(B/C) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป $(A+B)/C \times 100$
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 $\geq 25\%$	-	ระดับคุณภาพ $\geq 30\%$
ระดับพื้นฐาน	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป $\geq 75\%$	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%

ปี 2565:

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

ปี 2566:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับคุณภาพ	-	ระดับคุณภาพ $\geq 45\%$	-	ระดับคุณภาพ $\geq 50\%$
ระดับพื้นฐาน	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%	-	ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%

Small Success ปี 2564

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	เดือน
- การจัดทำคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website - อบรมแนวทางการดำเนินงานและการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลเป้าหมายทำการประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะประเมินทำการประเมินโรงพยาบาลเป้าหมาย โดยผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ - สรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงานสำหรับ ปีงบประมาณ 2564 - จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล :	1. ทำการประเมินตามคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. ทำการประเมินโดยคณะประเมินจากอีกจังหวัดหนึ่งในเขตบริการสุขภาพเดียวกัน
--------------------	---

	3. เป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (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.	
		-	ร้อยละ	2561	2562
				2563	
				-	-
				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. นางสาวปนิดา 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 $<100,000/\mu\text{L}$

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (°C)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ชี้อ่อนแอ	ตื่นตัว หูตึง	ซึม แต่ตอบสนองดี	ซึมมาก ต้องกระตุ้น ชี้อ่อนแอ	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
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
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. จำนวนครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพ				
คำนิยาม	1. การดำเนินการครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพ สำหรับปี 2564 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ 3อ.” 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว 2.2 เข้าใจ ด้วยการ screening & assessment จากเครื่องมือคัดกรองและแปลผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H4U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ 2.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวทำใจ การควบคุมแคลลอรี่ด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต 3. 1 คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior 4. ครอบครัว หมายถึง 1 คนรอบรู้ ที่เป็นตัวแทนครอบครัวโดยกรมอนามัยจะบริหารจัดการข้อมูลบุคคลที่สมัครให้เป็นจำนวนครอบครัว โดยการคำนวณค่า K ที่เกิดจากบุคคลนั้นอยู่ในครอบครัวเดียวกัน (ตัวอย่าง 1 คนที่สมัคร = 0.67 ครอบครัว) 5. ผู้ลงทะเบียน หมายถึง ตัวแทนของครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและดำเนินการกรอกข้อมูลเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application 10 Packages(โปรแกรมการตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H4U สาวไทยแถมแดง ไอโอดีน ฯลฯ 6. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application ก้าวทำใจ (ในขณะนี้ให้ใช้ season 2 ซึ่งจะมีเฉพาะการสมัคร การคัดกรองและปรับพฤติกรรมด้วยการออกกำลังกายและหลังจาก 15 กุมภาพันธ์ 2564 จะโอนข้อมูลไปสู่ season 3 ซึ่งจะมีครบทั้ง 3อ.)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
-		-	-	5,000,000 ครอบครัว	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย 3อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น 2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรอบรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนครอบครัวรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ				

	3. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน 4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในระยะยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกคน โดยตั้งเป้าเป้าหมายปี 2564 จำนวน 5 ล้านครอบครัว เป็นจำนวนคนประมาณ 7.5 ล้านคน โดยเน้น 3 setting ต่อไปนี้ 1 ผู้ประกันตนในสถานประกอบการ 2 ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรงหรือ อสม. 3 นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การดำเนินการ 1. การรับสมัครให้เข้ามา register ก้าวทำใจทั้ง 2 seasons ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ และหลังวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 จะเริ่มเปลี่ยนเป็น ก้าวทำใจ season 3 โดยมี setting ดังต่อไปนี้ 1.1 ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสมัคร platform ครอบรู้สุขภาพผ่านแอปก้าวทำใจ 1.2 โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) 7 หน่วยงาน ที่ร่วมดำเนินการ 10 packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานในสถานประกอบการ ดังต่อไปนี้ - การจัดกิจกรรม kick off ระดับจังหวัด โดยศูนย์อนามัยและ สสจ บูรณาการร่วมกับแผนของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้ สสอ ทุกอำเภอได้ศึกษานำไปขยายต่อในทุกอำเภอต่อไป - กรมอนามัยสนับสนุนรายการต่อไปนีที่สามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ ประกอบด้วยแบบหนังสือแจ้งผู้ประกอบการที่ลงนามโดยหน่วยงานในพื้นที่ แบบโปสเตอร์สมัครสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งระดับดังนี้ - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง เจ้าของสถานประกอบการหรือแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ เชิญชวนสมาชิกสมัครใน Application ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ดำเนินการตามแพคเกจบนระบบออนไลน์ - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน หมายถึง ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และได้ดำเนินการ 10 packages อย่างน้อย 3 packages - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพดีเด่น หมายถึง ผ่านสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน และมีการขยายเครือข่าย 1.3 โรงเรียน ประสานผ่านครูอนามัย งานอนามัยโรงเรียน ทั้งนี้สามารถใช้ข้อมูล Dash board เพื่อยางงานการลงทะเบียนรายหน่วยงานได้ เพราะในการลงทะเบียนสามารถระบุกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการได้ โดยเชิญชวนให้สมัครและเข้าถึงความรอบรู้ในแอปก้าวทำใจ

การลงทะเบียนสร้างเสริมความรอบรู้วิถีใหม่ 3อ. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และกรมอนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dash board โดยสามารถระบุได้ตามศูนย์อนามัยเขต รายจังหวัดและรายอำเภอ มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เณลิ้มพระเกียรติ) ขั้นตอนดังนี้ เข้าลงสมัครใน Application Line ก้าวทำใจ

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application ก้าวทำใจ

ชื่อ-นามสกุล : น.ส.สุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน - โทรศัพท์มือถือ 08 9459 4451

Application 10 Packages ประกอบด้วย 3 โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า doh.hpc.go.th/screen/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “login”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้เพื่อเข้าสู่ระบบ

โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://apps.hpc.go.th/checkup>
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สถานประกอบการสมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “เข้าสู่ระบบสถานประกอบการ”
4. เข้าสู่หัวข้อ “ตรวจสุขภาพ” แล้วเลือกหัวข้อ “ลงทะเบียนบุคคล”
5. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ สามารถจัดการข้อมูลรายละเอียดได้ตามหัวข้อ ดู, แบ่งปัน, แก้ไข, ลบข้อมูล

โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php
2. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สมัครสมาชิก”
3. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “Login เข้าสู่ระบบ”
4. เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าใช้โปรแกรม

โปรแกรม Thai Fit Stop Fat ขั้นตอนดังนี้

1. เข้าโปรแกรม Line ค้นหาเพื่อนโดยพิมพ์ @thaifitstopfat
2. คลิปปุ่มลงทะเบียน
3. กรอกข้อมูลทั่วไป
4. บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ทุกสัปดาห์
5. กดปุ่มประวัติการบันทึกเพื่อดูข้อมูลการวิเคราะห์เบื้องต้น
6. หรือแสกน QR Code เข้าโปรแกรม



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application 10 Packages

ชื่อ-นามสกุล : นางสาวกมลนิตย์ มาลัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4521 โทรศัพท์มือถือ 08 7074 8549

Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป) ขั้นตอนดังนี้

1. เข้า <http://doh.hpc.go.th/bseApp/>
2. เข้าหัวข้อที่ 1 ขั้นตอนในการใช้โปรแกรม มีหัวข้อให้เลือกตามสถานะดังนี้
 - 1 ตรวจสอบรายชื่อว่าอยู่ในฐานข้อมูลหรือไม่
 - 2 ถ้าไม่พบ ให้ทำการลงทะเบียนสมัครสมาชิกใหม่
 - 3 Login เข้าสู่ระบบ
 1. Username = “เลข 13 หลัก” หรือจะใช้ “ชื่อ นามสกุล” ก็ได้
 2. Password = วันเดือนปีเกิด เช่น
เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2512 = 01022512 หรือจะใช้เบอร์โทรศัพท์ก็ได้ (กรณีที่ได้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์เข้าไปแล้ว)
 - 4 ทำรายการตรวจเต้านมประจำเดือน
 - 5 ดูบันทึกการตรวจเต้านม
3. หรือเข้า QR Code เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสมัคร



ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application BSE

ชื่อ-นามสกุล : นางบังอร สุภาเกตุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4519 โทรศัพท์มือถือ 08 5336 8281

Application H4U (การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน) ขั้นตอนดังนี้

1. ดาวน์โหลด Application H4U ได้ทั้งระบบ IOS และ Android หรือเข้า <https://sl.moph.go.th/h-CtDT8>
2. เข้าสู่ Application H4U เลือกหัวข้อแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่ข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน

ติดต่อ/ประสานงานการใช้งาน Application H4U

ชื่อ-นามสกุล : ทันตแพทย์หญิงนันทมนัส แยมบุตร สำนักทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4215 โทรศัพท์มือถือ 08 1485 0402

	Googleform สาวไทยแถมแดง 1. แสแกน QR Code  2. กรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม 3. ยืนยันการส่งข้อมูล ชื่อ-นามสกุล : นางสาวอารีญา กรุดเงิน สำนักโภชนาการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4334 โทรศัพท์มือถือ 09 6661 3663 Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in 1. เข้า https://checkin.dmh.go.th/index.php 2. เลือกโปรแกรมที่ต้องการประเมิน  ชื่อ-นามสกุล : นายปองพล ชุชนะโชติ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน - โทรศัพท์มือถือ 08 9635 4828
แหล่งข้อมูล	การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงานสุขภาพดีในสถานประกอบการ แต่ละ Application ดังนี้ Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ) มีขั้นตอนดังนี้ 1. เข้า https://activefam.anamai.moph.go.th/ 2. เลือกหัวข้อที่ต้องการประเมินผล Application 10 Packages (โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) และโปรแกรม Thai Fit Stop Fat) อยู่ระหว่างการดำเนินการประสานขอ Username และ Password สำหรับ Admit เพื่อเข้าสู่ระบบประมวลผล Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับเจ้าหน้าที่) ขั้นตอนดังนี้ 1. Log in ด้วยรหัสสถานพยาบาล 2. เปิดดูข้อมูล BSE ที่ผิดปกติของประชาชนในพื้นที่ในพื้นที่รับผิดชอบ 3. ติดตามเพื่อให้มาตรวจยืนยัน

4. ถ้า CBE แล้วผิดปกติ ส่งต่อ
5. ใส่ผลการดำเนินงานผ่าน Application มาได้
** สามารถดู
 1. รายชื่อผู้ทำรายการผ่าน BSE Application ได้
 2. สรุป BSE รายเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลได้
6. หรือเข้า QR Code เข้าสู่ขั้นตอนการประมวลผลจำนวนคนที่ตรวจด้านมด้วยตนเองผ่าน Application



Application H4U

สำนักทันตกรรมสาธารณสุขจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

Googleform สวทไทยแก้แค้น

สำนักโภชนาการจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

หมายเหตุ รวบรวมผลการดำเนินการแต่ละ Application ก่อนนำส่งข้อมูลไปยังศูนย์อนามัยเขตต่อไป

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	จำนวนประชากร	เป้าหมายปี 2564 (คน)
1	ศูนย์อนามัยที่ 1	5,876,353	665,883
2	ศูนย์อนามัยที่ 2	3,538,314	400,947
3	ศูนย์อนามัยที่ 3	2,935,081	332,591
4	ศูนย์อนามัยที่ 4	5,401,564	612,082
5	ศูนย์อนามัยที่ 5	5,331,768	604,173
6	ศูนย์อนามัยที่ 6	6,199,296	702,478
7	ศูนย์อนามัยที่ 7	5,024,006	569,299
8	ศูนย์อนามัยที่ 8	5,519,803	625,481
9	ศูนย์อนามัยที่ 9	6,717,536	761,203
10	ศูนย์อนามัยที่ 10	4,586,883	519,766
11	ศูนย์อนามัยที่ 11	4,482,497	507,938
12	ศูนย์อนามัยที่ 12	4,985,404	564,925
13	สสม.	5,588,222	633,234
รวมทั้งหมด		66,186,727	7,500,000

หมายเหตุ จำนวนเป้าหมาย 7,500,000 คน เท่ากับ 5,000,000 ครอบครัว

(* อ้างอิงจากข้อมูล สถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร เดือนธันวาคม 2563: สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564)

วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการลงทะเบียนจากแบบรายงานศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม.				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application 10 Packages 2. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application BSE 3. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application H4U				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ครอบครัว	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล นางพรเลขา บรรหารศุภวาท ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 081-8700012 โทรสาร : - E-mail : pontlakha.b@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล น.ส.กมลนิตย์ มาลัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail: kamolnit.m@anamai.mail.go.th ชื่อ – สกุล นายกชนาณัฐ โพธิมา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4662 โทรสาร : - สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7211 3219 E-mail: Kotthananat.p@anamai.mail.go.th ชื่อ – สกุล น.ส.ศรินทรา พิณกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4522 โทรสาร : - สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 7137 6927 E-mail: sirintra.p@anamai.mail.go.th
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 09 1890 4608 E-mail : - ชื่อ – สกุล นางพรเลขา บรรหารศุภวาท โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - สถานที่ทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8700012 E-mail : ponlakha.b@anamai.mail.go.th

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการ	3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเองเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม สิริระพันธุ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)

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 ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1937 E-mail : swiriya04@yahoo.com				
	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1937 E-mail : peed.pr@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901933 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1937 E-mail : peed.pr@hotmail.com 2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901933 โทรศัพท์มือถือ : 0863541961 โทรสาร :02-5901937 E-mail : auam.moph@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
พหุ.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 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและ ดำเนินงานตามหน้าที่ ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคี ภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็น ทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกัน เป็นโครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้งแนวตั้ง และแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาค ส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม ในทุกประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต	การทำงานเป็นทีมของ คณะกรรมการ พชอ. หมายถึง การทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วน ท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มี นายอำเภอเป็นประธานและ สาธารณสุขอำเภอเป็น เลขานุการ
Customer Focus	มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายอย่าง ชัดเจนและเหมาะสม กับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมายที่ หลากหลาย อย่าง น้อยในกลุ่มที่มี ปัญหามากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมประชากร ส่วนใหญ่ และนำมา แก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และ พัฒนาการรับรู้ ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูก นำมาบูรณาการกับ ระบบต่างๆ จนทำให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วน ร่วม	ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็น พัฒนา</u> ที่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับ การแก้ไข

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</u> <u>ส่วน มีส่วนร่วมใน</u> <u>การดำเนินงาน</u>	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน <u>ร่วมรับรู้ ร่วม</u> <u>ดำเนินการในการ</u> <u>พัฒนาคุณภาพชีวิต</u> <u>ในงานที่หลากหลาย</u> <u>และขยายวงกว้าง</u> <u>เพิ่มขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม</u> <u>ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ</u> <u>ชีวิตอย่างเป็นระบบ และมี</u> <u>การขยายวงได้ค่อนข้าง</u> <u>ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคีภาค <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> <u>ดำเนินการพัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิต และมี</u> <u>การทบทวน เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> <u>มีส่วนร่วมให้</u> <u>เหมาะสมมากขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีภาค <u>ส่วนร่วมดำเนินการ</u> <u>อย่างครบวงจร</u> <u>รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานพัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิต</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการ <u>ดูแล พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ</u> <u>ของคณะกรรมการ</u> <u>พชอ.</u>	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึง <u>พอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้น</u>	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ คณะกรรมการ พชอ.ให้ <u>สอดคล้องกับบริบทของ</u> <u>พื้นที่</u>	คณะกรรมการ พชอ. มีการเรียนรู้ <u>ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความผูกพันของ</u> คณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับ <u>บริบทของพื้นที่</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> คณะกรรมการ พชอ. มีความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> <u>และเกิดความผูกพัน</u> ในงานร่วมกัน	<i>ความผูกพัน (engagement)</i> หมายถึง การที่คณะกรรมการ พชอ.มีความกระตือรือร้นใน การปฏิบัติงานในหน้าที่ และ งานที่ได้รับมอบหมาย ด้วย ความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้

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 หรือเริ่มวาง <u>แผนการใช้ทรัพยากร</u> <u>ร่วมกัน และ พัฒนา</u> <u>คณะกรรมการ พขอ</u> <u>ร่วมกัน</u> เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการ <u>ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนา คณะกรรมการพขอ. ร่วมกัน ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง</u> <u>ระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ พขอ. <u>ร่วมกันอย่างเป็นระบบ</u> <u>และครอบคลุม</u> ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและ <u>ปรับปรุงการจัดการ</u> <u>ทรัพยากร และ</u> <u>พัฒนากomiteeการ</u> ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย <u>ของคณะกรรมการ</u> <u>พขอ. (ไม่มีกำแพง</u> <u>กัน)</u> และมีการใช้ <u>ทรัพยากรจาก</u> <u>ชุมชน</u> ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิตประชาชน</u> <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหา</u>	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย <u>ที่ครอบคลุม</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต มีการ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิต แบบ</u> <u>บูรณาการร่วมกับ</u> 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	1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย 1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 ความสำเร็จของจังหวัดในการดำเนินงานและประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด คือ หมวดที่ 1 : บริบท หมวดที่ 2 : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน หมวดที่ 3 : กรอบโครงสร้างการทำงาน หมวดที่ 4 : ระบบข้อมูล หมวดที่ 5 : Critical Information หมวดที่ 6 : Incident management and response หมวดที่ 7 : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย หมวดที่ 8 : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS) หมวดที่ 9 : Coordination and logistical support of field operations หมวดที่ 10 : Training, Exercise and Evaluation 2) จังหวัดมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยทุกจังหวัดมีแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้า สำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพที่จำเพาะ แผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ้อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ดังนี้ 2.1 แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยจากโรคติดเชื้อ (Biological Event) สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และดำเนินการฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 1 ครั้ง (ภายในไตรมาสที่ 1 ตาม House Model Quick win) พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว 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 พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว

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 ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสมาชิกในครอบครัว 2) ผู้ถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐเป็นหลัก (SQ, LQ) 3) กลุ่มเปราะบางทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชเดิม ผู้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ คือกลุ่มตกงาน และกลุ่ม SMEs 4) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับการประเมิน/คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (S_B S_UD) ได้แก่ ภาวะเครียด (Stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) และภาวะซึมเศร้า (Depress) ผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in โดยมีการดำเนินการคัดกรอง ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในประชาชนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว หากพบมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ต้องได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้น เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การปฐมพยาบาลทางใจ การให้คำปรึกษา เป็นต้น โดยมีช่องทางการให้คำปรึกษาทั้งระบบออนไลน์และระบบปกติ ซึ่งจัดลำดับความสำคัญแต่ละกลุ่มสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาด 3 ระยะ ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ ได้แก่ ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะที่ 2 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด ระยะที่ 3 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย
--

	7. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด หมายถึง สถานที่เฝ้าระวังทุกประเภทที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัสหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะทำงานด้านวิชาการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ 8. ประชาชนสวมหน้ากาก หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	-	-	-	ร้อยละ 75 (57 จังหวัด)	ร้อยละ 100 (77 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 76 จังหวัด กรุงเทพมหานคร และจากกรมวิชาการต่างๆ				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้แก่ 1) ข้อมูลโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) ตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข 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 จะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค 3) แผนเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงมีการซ้อมแผนภายในไตรมาสที่ 1 และมีการทบทวนแผนเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุที่มีประสิทธิภาพ โดยรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ซึ่งกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเก็บรวบรวมข้อมูล 4) แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดซึ่งกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเก็บรวบรวมข้อมูล 5) จังหวัดดำเนินงานตาม House model COVID-19 และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะประสานหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องระดับกระทรวงฯ เพื่อรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 5.1 กรมควบคุมโรค: 5.1.1 กองระบาดวิทยา และสำนักงานเลขานุการ พ.ร.บ.โรคติดต่อ กองโรคติดต่อทั่วไป (ส่วนกลาง: กองระบาดวิทยาและกองโรคติดต่อทั่วไป, จังหวัด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)				

	5.1.1.1 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่ม 3 เท่า ใช้แหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ Implementation Monitoring System กรมควบคุมโรค (https://ims.ddc.moph.go.th/index.php) 5.1.2 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน 5.1.2.1 ข้อมูลผลการตรวจเยี่ยมและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินการกิจกรรมการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค 5.2 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์: 5.2.1 ระบบ CO-LAB 5.2.2 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (หลัก) 5.2.3 กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม 5.2.4 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่ง 5.3 กรมอนามัย: ศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตและสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง ร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยของประชาชนผ่านระบบออนไลน์ 5.4 กรมสุขภาพจิต: ข้อมูลการดำเนินงานของจังหวัด โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพเดียวกัน <u>มีการร่วมกันดำเนินงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพ</u> ซึ่งกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จะเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากโปรแกรม Mental Health Check-in และฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัด ที่ดำเนินการครบ 4 ขั้นตอน จากวิธีการประเมินผล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 – 4					
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564	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	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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 50		✓		
	4.4	ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด	✓			
	4.5	ประชาชนสวมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 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.	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ประเมินศักยภาพระดับพื้นที่	ระบุกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด	มีแผนปฏิบัติการเพื่อการรองรับกิจกรรมที่มีความเสี่ยง	ฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการที่เตรียมไว้	มีการทบทวนหลังซ้อมแผน
3.	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น					
3.1	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	-	1 ทีม	-	2 ทีม	≥ 3 ทีม
3.2	จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	-	-	ประเมินและจัดตั้งสถานที่กักกันฯ	ติดตามประเมินสถานที่กักกันฯ รอบ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 50	ติดตามประเมินสถานที่กักกันฯ รอบ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกหมวด

จังหวัด : รอบ 6 เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 50	≤ร้อยละ 19	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
จังหวัด : รอบ 6, 9 และ 12 เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็น การตอบสนองต่อเหตุการณ์ใน ระดับจังหวัด	ประเมิน ความเสี่ยง	ระบุความเสี่ยงที่สำคัญสูงสุด	มีแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกิจกรรมที่มีความเสี่ยง	ฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการที่เตรียมไว้	มีการทบทวนหลังซ้อมแผน
2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90
3	ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือ หน้ากากอนามัย	<ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินการ		เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล		
	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) ของแต่ละกองการกิจ 1.2 รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools		
	2	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกซ้อมแผนตามแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3. สรุปผลการทบทวนแผนฯ		

	3	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด	1.แผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 3. สรุปผลการทบทวนแผนฯ
	4	ดำเนินการตามกิจกรรมภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) 5 ประเด็น หมายเหตุ : จังหวัดรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต : จังหวัดมีแผนและการทำงานเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in หรือฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้รับการดูแล ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้น	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 : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพเดียวกัน มีการร่วมกันดำเนินงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพ โดยรายงานผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม Mental Health Check-inและฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต 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	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.สธ.
	3	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่และฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัด	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	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 / สำนักงานเลขาธิการฯ กรม คร.
	4.2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการส่งรายงานสรุปให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรม วพ.
	4.3	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานการดูแลช่วยเหลือและติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in และฐานข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 /กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรม สจ.
	4.4	จังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.สธ. (กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)
	4.5	ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	สำรวจผ่านระบบออนไลน์ อนามัยโพล https://forms.gle/kBzxZXkCV1zBuGxF7	ศูนย์อนามัยที่ 1-12/สถาบันสุขภาพแห่งชาติ/กองประเมินผลกระทบสุขภาพ กรมอนามัย

เอกสารสนับสนุน :	1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 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/ 5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 6) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558 7) แบบประเมิน EOC Assessment Tool 8) แนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine Facilities) Website กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_quarantine.php 9) คู่มือการใช้งานระบบ CO-Lab 10) แนวทางการสำรวจอนามัยโพล และแบบสำรวจพฤติกรรมประชาชนเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ https://forms.gle/kBzxZXkCV1zBuGxF7 และหน้าแสดงผล Dashboard ที่ https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	หน่วยวัด ระดับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ 2561 2562 2563 - - ระดับ 5 (43 จังหวัด)		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธจ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5901771 โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771 2. นายแพทย์ประกิจ สาระเทพ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (กสธจ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771 โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7872 โทรสาร : 02 590 1771 E-mail : p.sarathep@gmail.com กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค 1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (ครฉ.) กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน :02 5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885 2. นายแพทย์เจษฎา ธนกิจเจริญกุล นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5903238 โทรศัพท์มือถือ : 094195 4253 โทรสาร : 02590 3238 E-mail : jessada.tha@gmail.com 3. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903238 โทรศัพท์มือถือ : 0865694886 โทรสาร : 02-590 3238 E-mail : rattapong.b.@gmail.com 4. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ครฉ.) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 3159 โทรศัพท์มือถือ : 081 356 1791				

	โทรสาร : 02-588 3767 5. นางสาวสุธิดา วรโชติธนนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3246 โทรสาร : 0 2588 3767 6. นางสาววรางคณา จันทรสุษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3157 โทรสาร : 0 2588 3767 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 1. ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845 2. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1. นางสาวฉัตรทิพย์ เครือหงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 โทรสาร : - 2. นางสาวเพ็ญพิชชา ถาวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 โทรสาร : - กรมอนามัย 1. นางนภพรรณ นันทพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4342 โทรสาร : 0 2590 4356 2. นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4394 โทรสาร : 0 2590 4356 กรมสุขภาพจิต 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 207 ต่อ 55207 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 2. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 6398 4249 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 3. นางสาวทิพย์ภากร พงศ์สุภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943 โทรสาร : 0 2149 5533 E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th	E-mail : un_run@yahoo.com กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 095 530 1628 E-mail : pheplan2018@gmail.com กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 096 156 2614 E-mail : ch.warangkana@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chattip.k@dmsc.mail.go.th นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : penpitcha.t@dmsc.mail.go.th ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 5819 E-mail : napapann@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081 631 7183 E-mail : ben_5708@hotmail.com
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุริรัตน์ ใจดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1771 โทรสาร : 02-590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กสธจ.) โทรศัพท์มือถือ : 094 628 9907 E-mail : sureeratdee@hotmail.com	

	2.นางสาวพนิดา นานอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901353 โทรสาร : 02-590 1771 3. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 4. นางสาววรารัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวพนิดา นานอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901353 โทรสาร : 02-590 1771 2. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 3. นางสาววรารัตน์ ทุนทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 080 076 7931 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (กสธ.) โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com

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)	12.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน 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 2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
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 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 ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน 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 :		A: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) ประมวลผลจาก - แฟ้ม NCDScreen.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร),หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) หรือ - แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) B: จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก - 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		1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3982 โทรสาร : 0 2590 3973 2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3963 โทรสาร : 0 2590 3964 3.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893			ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867			หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ :			

	โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com 2. นางสาวรัญญา ตรีเหล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com 3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : maymmay2343@gmail.com 4. นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : rukmoei@hotmail.com 5. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3887 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 3893 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><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td><td>-</td><td>-</td><td>≥ร้อยละ 52</td><td>≥ร้อยละ 70</td><td>≥ร้อยละ 75</td></tr></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.DISCARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีสข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC												
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 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 :	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข <u>หมายเหตุ</u> * B : กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง * 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 <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน</u> 1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563 2. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563						
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	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893 2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893		ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com				

	3. นางสาวณัฐฉิรธรณ พันธ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐฉิรธรณ พันธ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 2. นางหทัยชนก เกตุจนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 3. นางสาวเบญจมาศ นาคราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 4. นางสาวจิตรา บุญโพก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 5. นางสาวขวัญชนก อีสระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 6. นางสาวณัฐฤทธา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3887 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : hathaichai@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bnakkarach@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jidtra_oum@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : khuanchanok_cake@hotmail.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 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	
	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - จัดประชุมเพื่อชี้แจง แนวทางการขับเคลื่อน มาตรการลดโรคและภัย สุขภาพจากการประกอบอาชีพ	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - สนับสนุนการดำเนินงาน หน่วยงานเครือข่าย - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - สนับสนุนการขับเคลื่อน การดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (มาตรการลดโรค และภัยสุขภาพจากการ	<u>ระดับส่วนกลาง</u> - วิเคราะห์ รายงาน และติดตาม ประเมินผลใน	

	และสิ่งแวดลอม ภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบ อาชีพฯ พ.ศ. 2562 <u>ระดับจังหวัด</u> - สนับสนุนหน่วยงานเครือข่าย จังหวัด เพื่อร่วมชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการ ดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบ อาชีพและโรคจากสิ่งแวดลอม พ.ศ. 2562	(การวิเคราะห์/สังเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจาก การประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดลอม) <u>ระดับจังหวัด</u> - จังหวัดมีการวิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ด้านโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดลอม ตาม ประเด็นที่กำหนดในนิยาม - ดำเนินการขับเคลื่อนการ จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ โดย ส่งรายชื่อผู้มีคุณสมบัติตาม ประกาศเป็นหน่วยปฏิบัติการ ไปยังกรมควบคุมโรค	ประกอบอาชีพและ สิ่งแวดลอมของจังหวัด) - ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน รอบ 9 เดือน <u>ระดับจังหวัด</u> - ฝ่ายเลขานุการคณะ กรรมการฯ จัดทำ มาตรการลดโรคและ ภัยสุขภาพจากการ ประกอบอาชีพและ สิ่งแวดลอมของจังหวัด แจ้งเวียนขอความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดลอม จังหวัด - จังหวัดผ่านการอบรม หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ หน่วยปฏิบัติการ - ฝ่ายเลขานุการคณะ กรรมการฯ เสนอรายชื่อ เจ้าหน้าที่ในหน่วย ปฏิบัติการฯ แจ้งเวียนขอ ความเห็นชอบจาก คณะกรรมการควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดลอม จังหวัด	ภาพรวมของ ประเทศ <u>ระดับจังหวัด</u> - มีการขับเคลื่อน มาตรการลดโรค และภัยสุขภาพจาก การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดลอมของ จังหวัด - มีสรุปรายงาน ผลการดำเนินงาน รายจังหวัด - มีสรุปผลการ ขับเคลื่อนมาตรการ ลดโรคและ ภัยสุขภาพจากการ ประกอบอาชีพและ สิ่งแวดลอม ตาม ประเด็นที่กำหนด ในนิยาม	
วิธีการประเมินผล :	1. สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ส่วนกลางประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ				

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด 2.แนวทางการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	จำนวน	-	-	มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติสารเคมีฯ ร้อยละ 58.33
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสำเริง สาสีวัฒนพงศ์กุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 094 159 2895 โทรสาร 0 2590 3864 E mail : mr_samroengs@hotmail.com (ด้านกฎหมาย) 2. นายสาธิต นามวิชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 092 473 5914 โทรสาร 0 2590 3864 E mail : satit1974@gmail.com (หน่วยปฏิบัติการฯ) 3. นางสาวรุ่งประกาย วิฤทธิ์ชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3866 โทรศัพท์มือถือ : 089 244 6924 โทรสาร 0 2590 3864 E mail : rung.envocc@gmail.com (มาตรการลดโรคฯ จากการประกอบอาชีพ) ๔. นางสาวภัทรินทร์ คณะมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3866 โทรศัพท์มือถือ : 081 814 7154 โทรสาร 0 2590 3864 E mail : k.pattarin@gmail.com (มาตรการลดโรคฯ จากสิ่งแวดล้อม)				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสาธิต นามวิชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3865 โทรศัพท์มือถือ : 092 473 5914 โทรสาร 0 2590 3864 E mail : satit1974@gmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”
คำนิยาม	ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) 5 ขั้นตอน ผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง 5 ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน ชุมชน หมายถึง หมู่ชน หรือกลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคม อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ประกอบด้วย 1. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย 2. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 3. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 หมายถึง จำนวนชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” อย่างน้อย 76 ชุมชน ทั่วประเทศ (ดำเนินงานจังหวัดละ 2 ชุมชน ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ชุมชน)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง วัยเด็ก วัยรุ่น/วัยเรียน วัยทำงาน วัยสูงอายุ (Type 1 และ 3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนชุมชนทั้งหมดของแต่ละจังหวัดที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” วิธีการจัดเก็บ - ชุมชนรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงาน (เอกสารแนบ 1) จัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมรายชื่อพร้อมด้วยแบบรายงานชุมชนที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ทั้งหมด ตามแบบรายงาน (เอกสารแนบ 2) ส่งให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต รวบรวมส่งให้กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค จำนวนชุมชนของแต่ละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” วิธีการจัดเก็บ

	- 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	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาติดตามและประเมินผล	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”	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย	มีการจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาระยะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	มีการติดตามประเมินผล และข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน 2. แนวทางชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข/ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4. แบบรายงานผลการดำเนินงาน หมายเหตุ: ดาวโหลดเอกสารทาง www.ddc.moph.go.th/dncd/ , www.facebook.com/thaincd			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Base line Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	ชุมชนที่มีการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	2561	2562
			2563	2564
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการ/ผู้ประสานงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3893 โทรสาร : 0 2590 3893 E-mail : Sasitth@gmail.com			

	2.นางสาวกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล ความเสี่ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณสุขและสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ : 08 3051 3737 E-mail : kamolthipph123@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล ความเสี่ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 2.นางสาวสุชาทิพย์ ภัทรกุลวณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 3.นายกัณตพล ทับหุ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893 4. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3887 โทรสาร : 0 2590 3893 5. นางสาวรัตนารักษ์ จันทะนี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3867 โทรสาร : 0 2590 3893	หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณสุขและสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ : 08 3051 3737 E-mail : kamolthipph123@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1818 8915 E-mail : suthathip.ncd@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7849 7840 E-mail : kanthabhon@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ncdplan@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : โทร. 06 3217 4423 E-mail : baitong.ptk@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	1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก 2. ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น หมายเหตุ : จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19				
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 ให้สงบได้ภายใน 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				

	สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$ A = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด ระดับประเทศ : จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$ A = จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน B = จำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4					
เกณฑ์การประเมิน :	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					
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ประเทศ : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน						
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	55 จังหวัด	60 จังหวัด	65 จังหวัด	70 จังหวัด
						(76 จังหวัด และ กทม.)

วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :											
	<table><tr><th>ที่</th><th>ตัวชี้วัด</th><th>วิธีการประเมิน</th><th>หน่วยงานรับผิดชอบ</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จังหวัดสามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน</td><td>ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค</td><td>- สสจ. - สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)/ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)</td></tr></table>				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.)
	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 :												
<table><tr><th>ที่</th><th>ตัวชี้วัด</th><th>วิธีการประเมิน</th><th>หน่วยงานรับผิดชอบ</th></tr><tr><td>1</td><td>จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน</td><td>ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค</td><td>กองระบาดวิทยา กรม คร.</td></tr></table>				ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ	1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค	กองระบาดวิทยา กรม คร.	
ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ									
1	จำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนจังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (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							
				2563								
	ทุกจังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน		จังหวัด	ตัวชี้วัดใหม่ 2564								

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กรมควบคุมโรค 1. นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845 ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 063 234 5152 E-mail : chakkrarat@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กรมควบคุมโรค 1. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845 กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com 2. นางภคินี สิริสุขกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3084 โทรสาร : 0 2965 9588 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 081 343 0544 E-mail : puckanee@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กรมควบคุมโรค 1. นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845 ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 063 234 5152 E-mail : chakkrarat@gmail.com 2. นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรสาร : 0 2590 3845 กองระบาดวิทยา โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com 3. นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3086 โทรสาร : 0 2965 9588 ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885 E-mail : ppanlar@yahoo.com 4. หัวหน้ากลุ่มติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3257 โทรสาร : 0 2965 9588 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : evaluation.m@ddc.mail.go.th

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	6. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	16. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง 1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ขออนุญาตไว้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และอาหารกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาหารกลุ่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มในขณะบรรจุที่ปิดสนิทที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 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) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน				

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง			
<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - รอผล <u>กิจกรรม</u> - เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บ ตัวอย่าง ประเภท Risk-based จำนวน 80 ตัวอย่าง	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80 <u>กิจกรรม</u> - เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บ ตัวอย่างฯ ประเภท Risk- based จำนวน 387 ตัวอย่าง (ไม่สะสม)	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80 <u>กิจกรรม</u> เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บ ตัวอย่างฯ ประเภท Risk- based จำนวน 384 ตัวอย่าง (ไม่สะสม)	<u>ผลตามตัวชี้วัด</u> - ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล : จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563 (9 เดือน)
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	ร้อยละ	-	86.43	87.55

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนัก
หรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :
นางสาวจุฬาลักษณ์ นิพนธ์แก้ว กองอาหาร
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 7214 โทรศัพท์มือถือ : 086 997 7187
โทรสาร : 0 2591 8460 e-mail : planning.food@gmail.com
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :
นางเนาวรัตน์ แต่งไทย กองอาหาร
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-7218 โทรศัพท์มือถือ : 065 521 1521
โทรสาร : 0 2591 8460 e-mail : planning.food@gmail.com

2. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและผู้ประสานงานตัวชี้วัด :
นายฉัตรชัย พานิชสุภรณ์ กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7277
โทรสาร : 02-591-8468 e-mail : chatchai.p@fda.moph.go.th

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	อาหารปลอดภัย หมายถึง อาหารที่ได้มีการจัดเตรียม ประชุม และกินอย่างถูกต้องตามวิธีการและวัตถุประสงค์ของอาหารนั้น ๆ แล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค ส่วนอาหารที่ไม่ปลอดภัย และก่อให้เกิดอันตรายเมื่อบริโภคเข้าไปคืออาหารที่มีสารปนเปื้อน อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอย จำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็น หรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะ ที่เอกชน ที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวร หรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติสุขภาพ 2) มิติเศรษฐกิจ 3) มิติสังคม 4) มิติวัฒนธรรม ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสัญลักษณ์ของตลาด พ.ศ.2551 ซึ่งหมายถึง ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาคาร 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

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	
1. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถป้องกันปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนภาพรวมหรือแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยเฉพาะประเด็นในพื้นที่ ตาม Setting ที่กำหนด ได้แก่ - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	
ระดับดี	
3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ระดับจังหวัด ตามแผนที่กำหนด 4. มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของในแต่ละ Setting 5. มีการจัดการปัญหาด้านอาหารปลอดภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อ ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	
ระดับดีมาก	
6. จังหวัดมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทั้ง 2 Setting ได้แก่ - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัย 3. กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์
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
- ประชุมประสานนโยบายร่วมกับเขตสุขภาพและ สสจ. - ประชุมร่วมกับสถานประกอบการและท้องถิ่น (ระดับเขตสุขภาพ) - เปิดตัว Model อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) และตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) ระดับประเทศ	- กิจกรรมรณรงค์อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) และตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) รายเขต - ผู้ประกอบการเข้าถึงการประเมินตนเองเพื่อยกระดับผ่าน NPP ครอบคลุม 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินและเฝ้าระวังสถานประกอบการครอบคลุม 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร	- สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร - ตลาดนัด น้ำซึ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง - อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด - ศูนย์อนามัย - วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ - สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของ สสจ. และ อปท. - ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ทั้งเชิงปริมาณ(ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) และเชิงคุณภาพ - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต รวมทั้งสุมประเมินฯเชิงคุณภาพในพื้นที่ - กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายสุมประเมินเชิงคุณภาพฯ ในระดับเขต/พื้นที่ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ		
เอกสารสนับสนุน :	- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 - กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 “หลักเกณฑ์ด้านสุขลักษณะของตลาด” ตามกฎกระทรวง ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2542) - กฎกระทรวงฯ ว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 - คู่มือมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food) - คู่มือตลาดนัดน้ำซึ้อ (Temporary Market) พ.ศ.2557		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
			-	-	-
	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด 1. น.ส.ปวีศา ดิษยานุช 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	โรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ <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 มูลฝอยอันตราย 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 มูลฝอยอันตราย 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 มูลฝอยอันตราย 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. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด 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

		หรือ โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข และเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
--	--	--

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 เกณฑ์ระดับดีมาก ขึ้นไป ร้อยละ 75 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ ระดับดีมาก ร้อยละ 90 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ ระดับดีมาก ร้อยละ 98

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และ GREEN & CLEAN Hospital Plus
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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 หมายเหตุ : ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

	A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2+A3+A4)/B) \times 100$ = 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. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90
18.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus	-	2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก 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 :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) 5. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (ข้อมูล ณ 25 กันยายน 2563)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ.)			
			2560	2561	2562	2563
	ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	0.63	0	0	0
	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	7.30	0.10	0	0
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	51.62	20.67	4.59	0.21
	ระดับดี	ร้อยละ	29.93	40.71	24.74	14.51
	ระดับดีมาก	ร้อยละ	10.53	38.52	45.17	44.89
	ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ	-	-	25.50	40.40
	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	92.08	99.90	100.00	100.00
ข้อมูล ณ 25 กันยายน 2563						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ:					
	1. นางสาวปริญญ์ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904200			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th		
	2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904200			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th		
	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:					
	1. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th		
	2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904461 โทรสาร : 02-5904321			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th		
	3. นางสาวรัตนา เฒ่าอุดม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904391 โทรสาร : 02-5904255			นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rattana.t@anamai.mail.go.th		
	สถานที่ทำงาน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย					
	หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th			
สถานที่ทำงาน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย						

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 สำนักงานมัยสิ่งแวดล้อม 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. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
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	
1. มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนภาพรวมหรือแผนจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเฉพาะประเด็นในพื้นที่ ตามการบ่งชี้ปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	
ระดับดี	
3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ระดับจังหวัด เพื่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่ 4. มีการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือทีมสอบสวนโรค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ทีม 5. มีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 2 ประเด็น	
ระดับดีมาก	
6. ร้อยละ 50 ของประชาชนในจังหวัดได้รับการดูแล จัดการปัจจัยเสี่ยง และคุ้มครองสุขภาพ ในแต่ละประเด็นที่เลือกจากข้อ 5	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในระบบ Google Form เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยและสำนักป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการตรวจประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ภาพรวมเขตสุขภาพ รวมทั้งจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค 3. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ และจัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส

	4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
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 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 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ 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 และคณะกรรมการเปรียบเทียบตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
5. โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
6. หลักสูตรออนไลน์อบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

	7. เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=4113&filename=water_index18 8. เกณฑ์เสนอแนะคุณภาพน้ำบริโภคเพื่อการเฝ้าระวัง กรมอนามัย พ.ศ. 2563 http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=4112&filename=water_index18 9. คู่มือ การประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน พ.ศ.2563 http://foods.anamai.moph.go.th/download/0FS_S2563/FD_WaterQuality/2563/คู่มือรับรองประปาหมู่บ้าน.pdf 10. คู่มือ การดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน http://foods.anamai.moph.go.th/download/0FS_S2563/FD_WaterQuality/2563/คู่มือการเฝ้าระวังน้ำครัวเรือน.pdf 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 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 13. กฎกระทรวงฯ ว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 คู่มือตลาดนัดน้ำซื่อ http://foods.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1798&filename=media2018_2 14. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอาหารริมบาทวิถี Street Food Good Health http://foods.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/foods/main.php?filename=street_imp 15. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น http://foods.anamai.moph.go.th/main.php?filename=evaluation_form 16. ระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม http://eha.anamai.moph.go.th/ 17. แนวทางการดำเนินงานจัดทำข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp 18. เกณฑ์สำหรับการรายงานเหตุการณ์และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรณีเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR)
--	--

	19. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 20. คู่มือการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง 21. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T_0215.PDF 22. แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรุงเทพมหานคร ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 https://drive.google.com/open?id=1SMa8RdPlgZ-dQnMgmlARebCjVoTyuAfw 23. แนวทางการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/461 24. คู่มือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) 25. แนวปฏิบัติการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559) http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/462													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><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><tr><td>ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>65.79 (50 จังหวัด) ณ 11 ก.ย.61</td><td>60.53 (46 จังหวัด) ณ 13 ก.ย.62</td><td>92.11 (70 จังหวัด) ณ 9 ก.ย. 63</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	65.79 (50 จังหวัด) ณ 11 ก.ย.61	60.53 (46 จังหวัด) ณ 13 ก.ย.62	92.11 (70 จังหวัด) ณ 9 ก.ย. 63
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2561	2562	2563										
ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	65.79 (50 จังหวัด) ณ 11 ก.ย.61	60.53 (46 จังหวัด) ณ 13 ก.ย.62	92.11 (70 จังหวัด) ณ 9 ก.ย. 63										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางสาวสุธิดา อุทะพันธุ์													

	4. นางสาววารภรณ์ ถาวรวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4605 โทรศัพท์มือถือ : 061-6354194 โทรสาร : 02-590-4188 E-mail : waraporn.r@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย 5. นางสาวปวีศา ดิษยวานิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4174 โทรศัพท์มือถือ : 085-5143891 โทรสาร : 02-590-4188 E-mail : pawarisa.d@anamai.mail.go.th สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย 6. แพทย์หญิงนางสาวสุนีย์ วัชรสินธุ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการ (ด้านบริหาร) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903865-66 โทรศัพท์มือถือ : 081-8806629 โทรสาร : 02-5903866 E-mail : chuleekorn.md@gmail.com สถานที่ทำงาน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 7. นางสาวภัทรินทร์ คณะมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903865-66 โทรศัพท์มือถือ : 081-8147154 โทรสาร : 02-5903866 E-mail : k.pattarin@gmail.com สถานที่ทำงาน กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ผู้ประสานงานตัวชี้วัด 1. นางสาวนาฏอนงค์ เจริญสันติสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904384 โทรศัพท์มือถือ : 089-8066162 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : nardanongc@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย 2. นางสาวไศรยา ชูศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904626 โทรศัพท์มือถือ : 082-8100058 โทรสาร : 02-5904356 E-mail : so_z_aa@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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 3. นางสาวทิตยัตติยา มั่งมี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903865-66 โทรศัพท์มือถือ : 086-9957094 โทรสาร : 02-5903866 E-mail : tidtiya.mm@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	ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน												
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	- 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) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน												
ปี 2564 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>2,500 หน่วย</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				2,500 หน่วย
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
			2,500 หน่วย									
ปี 2565 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>3,000 หน่วย</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				3,000 หน่วย
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
			3,000 หน่วย									
ปี 2566 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>3,500 หน่วย</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				3,500 หน่วย
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 และส่งลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	806	1,180	1,855
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สฤกษ์เดช เจริญไชย				

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

	(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

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

วัตถุประสงค์	- 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
	ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ล้านคน	-	-	18.7101
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.สฤทธเดช เจริญไชย			

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	ประชาชน หมายถึง ประชาชน กลุ่มวัยเด็กและกลุ่มวัยทำงาน ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1) วัยเด็ก หมายถึง นักเรียนในสถานศึกษา วัยเรียน หมายถึง นักเรียน อายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและขยายโอกาส (2) วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน : ชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย 1) กลุ่มวัยเรียน มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ 2) กลุ่มวัยทำงาน มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา <u>ในระดับดีขึ้น (มีค่าคะแนน ≥ ร้อยละ 70)</u> เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นการลดอัตราการป่วยและความรุนแรงของการเกิดโรคและอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อให้การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลดลง																				
เกณฑ์เป้าหมาย																					
<table><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>ร้อยละ 60</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	-	-	ร้อยละ 60							
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																	
-	-	-	-	ร้อยละ 60																	
<table><tr><td rowspan="2">หน่วยงาน</td><td colspan="2">ค่าเป้าหมาย</td></tr><tr><td>เป้าหมาย (ร้อยละ)</td><td>จำนวน (คน)</td></tr><tr><td>ส่วนกลาง</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>ศบส.1</td><td>60</td><td>2,757,920</td></tr><tr><td>ศบส.2</td><td>60</td><td>1,524,750</td></tr><tr><td>ศบส.3</td><td>60</td><td>1,487,570</td></tr></table>					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
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 : กองสุกศึกษา 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
	-	-	-
ปี 2561			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
ปี 2562			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
ปี 2563			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	ร้อยละ 30

ปี 2564

	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>- มีแผนงาน/โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับเขต (ศบส.เขต1-12) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</td><td>- สนับสนุนคู่มือแนวทาง องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับจังหวัด (ระดับ สสจ. สสอ. รพสต.) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน</td><td>ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน - ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่</td><td>- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการส่งเสริมโดยร้อยละของชุมชนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 60)</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- มีแผนงาน/โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับเขต (ศบส.เขต1-12) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	- สนับสนุนคู่มือแนวทาง องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับจังหวัด (ระดับ สสจ. สสอ. รพสต.) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน	ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน - ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่	- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการส่งเสริมโดยร้อยละของชุมชนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 60)								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
- มีแผนงาน/โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับเขต (ศบส.เขต1-12) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	- สนับสนุนคู่มือแนวทาง องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายระดับจังหวัด (ระดับ สสจ. สสอ. รพสต.) : การดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน	ส่งเสริมให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน - ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่	- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการส่งเสริมโดยร้อยละของชุมชนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 60)														
วิธีประเมินผล	เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ																
เอกสารสนับสนุน	หนังสือ คู่มือ ที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมประกอบการดำเนินงาน																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><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><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table> หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564 ไม่มีฐานข้อมูลเดิม				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	-	-	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2563													
-	-	-	-	-													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ชื่อ-นามสกุล นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18709 โทรศัพท์มือถือ 085-4848619 โทรสาร 02-1495650 อีเมล yutthapong2009@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุศึกษา 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 กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ชื่อ-นามสกุล นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18709 โทรศัพท์มือถือ 085-4848619 โทรสาร 02-1495650 อีเมล yutthapong2009@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุศึกษา 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				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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 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					
	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	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				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ชื่อ-นามสกุล นายสมภพ อัจชนะศึก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล sompop1968@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 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
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. ชื่อ-นามสกุล นายสุรกิต ฉัตรเจริญพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18740 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล surakitc1968@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ชื่อ-นามสกุล นางสาวนพวรรณ อัสวรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02-1495642 อีเมล asawarat_1@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการที่	10. โครงการชุมชนสร้างสุข โดยตำบลจัดการคุณภาพชีวิต				
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต				
คำนิยาม	ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานของ อสม. ภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ครอบคลุมถึงมิติการเยียวยาสุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต ด้วยความปกติวิถีใหม่ (new normal) เช่น อสม. สำรวจสุขภาพใจ ให้คำแนะนำเพื่อสร้างบทบาทของประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่าง และชุมชนมีบทบาทร่วมสร้างตำบลวิถีชีวิตใหม่ เป็นต้น นำไปสู่เป้าหมายตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยโควิด 19 ชุมชนสุขภาพดี สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่บันทึกผลการดำเนินงาน “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19”				
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 (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (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	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
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) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2564:				
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2565:				
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

ปี 2566:					
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)		น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
Small Success					
3 เดือน		6 เดือน		9 เดือน	
- สื่อสารนโยบายด้าน โรคหลอดเลือดสมอง		- %SU≥50, %DTN≥60,		- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ	
- จัดอบรม Stroke : Basic course		- จัดอบรม Stroke : Basic course		- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) <25	
				- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) <5	
				- %SU≥60, %DTN ≥60	
				- จัดอบรม Stroke Manager course	

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 ≥ 50 , DTN ≥ 60	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างรพ. ในเครือข่ายวิชาการฯ	- %SU ≥ 60 , DTN ≥ 60

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
	22.34	ร้อยละ	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	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีบ/อุดตันมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12			
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12			
รายการข้อมูล 3.1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 3.2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke: I63)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 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 :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12			

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) x 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
	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 หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (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	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
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) x 100														
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ														
เกณฑ์การประเมิน															
ปี 2564:															
<table><tr><td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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
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:															
<table><tr><td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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
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:															
<table><tr><td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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
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 :	สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.												
			2561	2562	2563										
	66.58	ร้อยละ	N/A	63.36	70.62										
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. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ 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	1 ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค 3 กลุ่มเป้าหมาย 3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 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 4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย 4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ 4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)

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 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เกิดขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 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	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คำนวณจาก $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2020
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 - ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2564
เงื่อนไขการคำนวณ	1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563) 1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

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 : ครอบคลุมรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 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.	
				2561¹	2562²
		อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดราย ใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	85.0	85.7
					85.4

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

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 อุดรธานี	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://tbcmtailand.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 จำแนกรายเขต

เขตสุขภาพ/สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค	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

จังหวัด	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
จังหวัดนครศรีธรรมราช	1,561,927	2,343	1,991

จังหวัด	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
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
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,305,211	1,958	1,664

จังหวัด	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
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
จังหวัดอุตรดิตถ์	453,103	680	578

จังหวัด	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
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 2020

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	1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก 2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่ หมายถึง การดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็นเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19 ใน 8 ประเด็น ได้แก่ 1) Staff-Staff-System & ICS พร้อม 2) ทุกจังหวัดมีและซ่อมแผน 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 3. Staff-Staff-System & ICS พร้อม หมายถึง ความพร้อมด้าน EOC ในการพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนบุคลากรสำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตามระบบ ICS ซึ่งต้องสอดคล้องกับแผนระดมทรัพยากรและแผนระดับประเทศของหน่วยงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่ใช้รวมถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร 3) ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ 4. ทุกจังหวัดมีและซ่อมแผน และขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) หมายถึง จังหวัดจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในแผนระดับบัญชาการและแผนระดับปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมและนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพที่จำเพาะ แผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ่อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

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, B, S, 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

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) การจัดการข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ

9. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด หมายถึง สถานที่เอกเทศทุกประเภทที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัสหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะทำงานด้านวิชาการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

10. ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85				
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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 และสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ กองโรคติดต่อทั่วไป 1.1 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่มขึ้น 3 แห่ง 1) สํารวจคําสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) 2) จัดอบรมเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ระดับเขตสุขภาพ ภายในเดือนธันวาคม 2563 โดยกองระบาดวิทยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ โดยขอรับรองหลักสูตรจากกรมควบคุมโรค 3) จังหวัดจัดทำคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ระบุจำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ, รายงานผ่านทางเว็บไซต์ กรมควบคุมโรค(https://ims.ddc.moph.go.th/index.php) 4) กองโรคติดต่อทั่วไปรวบรวมคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ทางเว็บไซต์ กรมควบคุมโรค (https://ims.ddc.moph.go.th/index.php) กองระบาดวิทยา ร่วมประสานติดตามผลการดำเนินงาน รวบรวมปัญหา อุปสรรค 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน 2.1 ความพร้อมด้าน EOC โดยการประเมิน EOC Assessment Tool ปีละ 1 ครั้ง ดำเนินการร่วมกับกองสาธารณสุขฉุกเฉิน 2.2 ระบบกักกัน (Quarantine) ที่ได้มาตรฐานทุกจังหวัด ใช้ข้อมูลผลการตรวจเยี่ยมและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินการกิจการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค 3. ศูนย์สารสนเทศ Dashboard ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการต่างๆ เพื่อควบคุมโรคในส่วนที่รับผิดชอบ โดยกรมควบคุมโรค ได้แก่ การจัดการข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ : ห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบบ CO-LAB ครบถ้วนตามขั้นตอนที่กำหนด ใช้ข้อมูลจาก CO-LAB กรมอนามัย : ประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้ประชาชนร่วมตอบแบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพล : การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยเข้าถึงแบบสำรวจได้ 2 ช่องทาง คือ			

	1. Platform “Thai stop COVID” https://stopcovid.anamai.moph.go.th/newnormal ที่ไอคอน “Anamai Poll” 2. Link แบบสำรวจออนไลน์โดยตรงบนหน้าเว็บไซต์ https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid?authuser=0 พร้อมแสดงผลการสำรวจออนไลน์แบบ Dashboard ระดับประเทศ เขต และจังหวัด กรมสุขภาพจิต : ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จัดส่งเอกสาร/หลักฐาน รายงานการปฏิบัติงาน ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์สุดท้ายของเดือน ดังนี้ 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 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค : มี Realtime Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ โดย 1. รายงานข้อมูลระบบ COWARD ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward 2. รายงานข้อมูลช่องทางอื่น ได้แก่ ผู้เดินทางเข้าประเทศ
แหล่งข้อมูล	กรมควบคุมโรค : 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 ข้อมูลผลการตรวจเฝ้าระวังและติดตามกำกับเชิงคุณภาพของการดำเนินการกิจการกักกัน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ : 1. ระบบ CO-LAB 2. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (หลัก) 3. กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม 4. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่ง กรมอนามัย : ศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตและสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง ร่วมกันดำเนินการและสรุปรายงานผลการสำรวอนามัยพล : พฤติกรรมการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยของประชาชน โดยเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจได้ที่ https://sites.google.com/view/hia-surveillance กรมสุขภาพจิต : ทีม MCATT ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตสุขภาพเดียวกัน ร่วมกันดำเนินการและสรุปรายงานผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือ

	และติดตามต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (MCATT COVID-19) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค : ระบบฐานข้อมูล COWARD								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามกิจกรรมหลัก ครบทั้ง 7 ประเด็น								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 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 50	5	✓	✓		✓		
	6	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	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									
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				
1. การดำเนินงานตามกิจกรรมหลัก โดยมีช่วงคะแนนของแต่ละประเด็น 1 - 5 คะแนน ระดับประเทศมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน และระดับจังหวัดมีคะแนนเต็ม 35 คะแนน 2. กำหนดระดับความสำเร็จการดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดีมาก 3. 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-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.
2	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.
3	จำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
4	จำนวนจังหวัดที่มีระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐาน	-	-	-	-	76 จังหวัด และ กทม.
5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

ประเทศ : รอบ 6 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร	≤ 557 หน่วย	1,114 หน่วย	1,670 หน่วย	2,227 หน่วย	2,784 หน่วย
2	จำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50
4	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	-	-	-	-	มี Real time Dashboard
5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

ประเทศ : รอบ 9 และ 12 เดือน

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

จังหวัด : รอบ 3 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (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 แต่ไม่มีซ้อมแผน	-	-	-	มีแผนและ SOP และซ้อมแผน

	3	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
	4	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัด	≤ ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
	5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
	จังหวัด : รอบ 6 เดือน						
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1	ร้อยละของอำเภอที่มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
	2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
	3	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 50
	4	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
	จังหวัด : รอบ 9 และ 12 เดือน						
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
	2	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
	วิธีการประเมินผล :						
	ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล				
	1	เตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคโควิด 19 ตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 3 เดือน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 3 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ตามหัวข้อวิธีการประเมินผล ระดับจังหวัด ใน 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) ได้แก่ ☐ ประเมินตนเองรอบ 3 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
	2	ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model)ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 6 เดือนและประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 6 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				

	<table><tr><th>ลำดับที่</th><th>รายละเอียดการดำเนินการ</th><th>เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล</th></tr><tr><td>3</td><td>ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 9 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน</td><td> ☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 9 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 9 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td></tr><tr><td>4</td><td> ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 12 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน </td><td> ☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 12 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td></tr><tr><td>5</td><td>สรุปผลการดำเนินงานตาม 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) และจัดระดับความสำเร็จระดับจังหวัด :<table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></table>ระดับประเทศ :<table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></table></td><td></td></tr></table>	ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล	3	ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 9 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 9 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 9 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	4	ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 12 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 12 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	5	สรุปผลการดำเนินงานตาม 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) และจัดระดับความสำเร็จระดับจังหวัด : <table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></table> ระดับประเทศ : <table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></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	
ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล																											
3	ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 9 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 9 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 9 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด																											
4	ดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ตามเป้าหมายดำเนินการรอบ 12 เดือน และประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ระดับ 5 คะแนน	☐ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ตามแบบรายงาน PRO-COVID พร้อมแนบหลักฐาน ☐ ประเมินตนเองรอบ 12 เดือน ตามแบบประเมิน SELF-COVID หมายเหตุ : ส่งรายงานตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด																											
5	สรุปผลการดำเนินงานตาม 8 ประเด็น (กรณีจังหวัดดำเนินการ 7 ประเด็น) และจัดระดับความสำเร็จระดับจังหวัด : <table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></table> ระดับประเทศ : <table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนน</th></tr><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></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- Stuff- 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 / สำนักงานเลขานุการ ฯ 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. / คณะกรรมการที่รับผิดชอบภารกิจภารกิจกักกัน กรม คร.
	8	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	ระบบ THAI STOP COVID	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
วิธีการประเมินผล :				
วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :			
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
	1	จังหวัดมีความพร้อม EOC (Staff-Staff-System & ICS พร้อม) ตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด <u>เอกสารหลักฐาน</u> ผลการประเมิน EOC Assessment Tool	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
	2	จำนวนจังหวัดที่มีความพร้อม EOC (มีแผน ซ้อมแผน และ SOP)	1. จังหวัดประเมินตนเอง 2. ส่วนกลางสุ่มประเมินจังหวัด <u>เอกสารหลักฐาน</u> แผนฯ และ SOP พร้อมรายงานผลการฝึกซ้อมแผน	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ฯ กรม คร.
	3	ร้อยละของอำเภอที่มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ครบ 3 ทีม	สำรวจคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) และตรวจสอบจำนวนทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) <u>เอกสารหลักฐาน</u> คำสั่งแต่งตั้ง CDCU	กองระบาดวิทยา / สำนักงานเลขานุการฯ กรม คร.
	4	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการส่งรายงานสรุปให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานผลจากระบบ 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	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรม สจ.

		3. สรุปการพัฒนาศักยภาพและส่ง รายงานประเมินผล รอบครึ่ง ปีงบประมาณ และรอบปีงบประมาณ <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม กรมสุขภาพจิต							
	6	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหาร จัดการสถานที่กักกัน (Quarantine) ได้ มาตรฐาน และเหมาะสมกับ สถานการณ์ของจังหวัด	1. สคร. ประเมินจังหวัดในความ รับผิดชอบ หรือจังหวัดประเมินตนเอง 2. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพฯ กรม คร. สุ่มประเมินจังหวัดและเขต <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานจำนวนสถานที่ในการกักกันฯ ที่ ผ่านการรับรอง	กองควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ฯ กรม คร. / คณะกรรมการ ที่รับผิดชอบภารกิจ การกักกัน กรม คร.					
	7	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย	จังหวัด และศูนย์อนามัย ประเมินติดตาม และเข้าถึงผลการสำรวจอนามัยโพล ได้ที่ https://sites.google.com/view/hia-surveillance <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานผลการสำรวจอนามัยโพล	กองประเมินผล กระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย					
เอกสารสนับสนุน :		1. แบบประเมิน EOC Assessment Tool 2. แนวทางการบริหารจัดการสถานที่ กักกัน ซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine Facilities) Website กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_quarantine.php 3. คู่มือการใช้งานระบบ CO-Lab							
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.					
				2561	2562	2563			
	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่		ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ 2564					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กรมควบคุมโรค 1. นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3160 โทรสาร : 0 2590 8432 2. นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845 3. นายแพทย์สุวิธ ธรรมปาโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3008 โทรสาร : 0 2965 9569 4. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3093 โทรสาร : 0 2965 9576					ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 081 555 9216 E-mail : sopon@ddc.mail.go.th ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 063 234 5152 E-mail : Chakkrarat@gmail.com ผู้อำนวยการกองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และกักกันโรค โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081 811 3615 E-mail : yongjua@gmail.com			

	5. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3155 โทรศัพท์มือถือ : 081 844 5468 โทรสาร : 0 2589 2515 E-mail : chawetsan@gmail.com 6. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3238 โทรศัพท์มือถือ : 086 569 4886 โทรสาร : 0 2590 3238 E-mail : rattapong.b@gmail.com กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นางพิไลลักษณ์ โอภาตะ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99305 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : pilailuk.o@dmso.mail.go.th กรมอนามัย นางนภพรรณ นันทพงษ์ ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4342 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 5819 โทรสาร : 0 2590 4356 E-mail : napapann@yahoo.com กรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 207 ต่อ 55207 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นายแพทย์วิฑูรย์ อนันกุล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : witoon53@gmail.com 2. นายแพทย์ประกิจ สาระเทพ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7872 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : p.sarathep@gmail.com
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กรมควบคุมโรค 1. นางสุพินดา ซีธีระรัตน์ กองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3178 โทรศัพท์มือถือ : 081 613 8323 โทรสาร : E-mail : teerarat.supinda@gmail.com 2. นางวิรงรอง แก้วสมบุรณ์ กองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3167 โทรศัพท์มือถือ : 081 615 9298 โทรสาร : 0 2965 9595 E-mail : poo-kiki@hotmail.com 3. นางสาวกิริติกาณต์ กลัดสวัสดิ์ กองระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3803 โทรศัพท์มือถือ : 081 698 9866 โทรสาร : 0 2590 3845 E-mail : k.kiratikarn@gmail.com 4. นางสุจิตา วรโชติชนัน กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3246 โทรศัพท์มือถือ : 095 530 1628 โทรสาร : 0 2588 3767 E-mail : pheplan2018@gmail.com 5. นางอนงนาฏ มโนภิรมย์ กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3232 โทรสาร : 02 580 5726 โทรศัพท์มือถือ : 088 198 2451 E-mail : anongnat2023@gmail.com 6. นางภคินี สิริบุษกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3084 โทรสาร : 0 2965 9588 โทรศัพท์มือถือ : 081 343 0544 E-mail : puckanee@gmail.com 7. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3093 โทรสาร : 0 2965 9576 ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081 811 3615 E-mail : yongjua@gmail.com กรมอนามัย นายปราโมทย์ เสพสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4359 โทรสาร : 0 2590 4356 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 4709 0404 E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1. นางสาวฉัตรทิพย์ เครือหงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 โทรสาร : - นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chattip.k@dmisc.mail.go.th 2. นางสาวเพ็ญพิชชา ถาวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99305 โทรสาร : - นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : penpitcha.t@dmisc.mail.go.th กรมสุขภาพจิต 1. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 2. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 3. นางสาวทิพย์ภาภร พงศ์สุภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรสาร : - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นางสาวสุริรัตน์ ใจดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771 รองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 2. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1908 โทรสาร : 0 2590 1771 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com 3. นางสาวพนิดา นาถนอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771
--	---

	โทรศัพท์ : 0 2590 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กรมควบคุมโรค 1. นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3091 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885 โทรศัพท์ : 0 2965 9588 E-mail : ppanlar@yahoo.com 2. หัวหน้ากลุ่มติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3257 โทรศัพท์มือถือ : - โทรศัพท์ : 0 2965 9588 E-mail : evaluation.m@ddc.mail.go.th กรมอนามัย นางสาวเบญจวรรณ ธวัชสุภา กองประเมินผลกระทบสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4394 โทรศัพท์มือถือ : 08 1631 7138 โทรศัพท์ : 0 2590 4356 E-mail : ben_5708@hotmail.com กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นายบัลลังก์ อุปพงษ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 - 11 ต่อ 99354-5 โทรศัพท์มือถือ : - โทรศัพท์ : 0 2591 1912 E-mail : - กรมสุขภาพจิต 1. นางสาวนารีรัตน์ พิศหนองแขวง กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรศัพท์ : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th 2. นางสาวศิริพร สุขราช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580, 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 1860 5943, 08 6398 4249 โทรศัพท์ : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นางสาวสุรีรัตน์ ใจดี รองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรศัพท์ : 0 2590 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com 2. นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1908 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรศัพท์ : 0 2590 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com 3. นางสาวพนิดา นาถนอม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรศัพท์ : 0 2590 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com

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	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมาย หมายถึง (กรมการแพทย์) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.6 ซึ่งเป็นข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกในประเทศไทย			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	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) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60	< ร้อยละ 1.60
ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55	< ร้อยละ 1.55
ปี 2566:				
	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			

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	แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical care) หมายถึง แนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ด้าน คือ 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) มาใช้เป็นกระบวนการขับเคลื่อนภายในสำหรับเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ที่อาจส่งผลโดยตรง ต่อการให้บริการด้านการแพทย์ในสถานพยาบาล Key Step Assessment หมายถึง การประเมินผลองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่โดยยึดหลัก 3S เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ได้แก่ 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 :					
	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	✓			สำนักงานเขตสุขภาพ 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 :

แนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ และ Key Step Assessment

จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์กรมการแพทย์ <http://covid19.dms.go.th/>

- 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.		
		2561	2562	2563
-	ร้อยละ	-	-	-
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 | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 08 5345 6491 |

	โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : o.mungkung@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 3. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ampaiporn@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 4. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1988 3925 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ecsdms6285@gmail.com สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ 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 อิงศุวรรณกุล 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 E-mail : planning.sdvs@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 4. 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	29. ทุกโรงพยาบาลระดับ A และ S มีการจัดทำแผนและซ้อมแผน BCP for EID				
คำนิยาม	แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical care) หมายถึง แนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 ด้าน คือ 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 การบริหารความต่อเนื่องของการดำเนินการสถานพยาบาล (Business continuity management: BCM) หมายถึง กระบวนการบริหารงานหรือภารกิจบริการของสถานพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งระบุภัยคุกคามและผลกระทบจากสภาวะวิกฤติของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อวางแผนแนวทางในการสร้างขีดความสามารถให้องค์กรมีความยืดหยุ่นปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ แผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (Business Continuity Plan(BCP) for EIDs in Healthcare Facilities) หมายถึง เอกสารขั้นตอนการดำเนินงานที่ให้แนวทางแก่สถานพยาบาลในการตอบสนอง การฟื้นฟูและการกลับมาดำเนินการ เพื่อให้สามารถคงภารกิจของสถานพยาบาลต่อประชาชนได้ในระดับที่กำหนดไว้ หลังเกิดวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และมีการซ้อมแผน				
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 ในเขตสุขภาพที่มีแผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (BCP for EIDs in Healthcare Facilities)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A และ S ในเขตสุขภาพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 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 (สำนักนิเทศระบบการแพทย์)	
2	รพ. ระดับ A และ S ทุกแห่งใน	เอกสารแผน BCP for EIDs และรายงานการซ้อมแผน		กรมการแพทย์ (สำนักนิเทศระบบการแพทย์)	

	เขตสุขภาพมีแผน BCP for EIDs และ มีการซ้อมแผน				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือประกอบการจัดทำแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่องสำหรับสถานพยาบาล กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่(BCP for EIDs in Health Care Facilities)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ร้อยละ	-	-	-
	หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2564				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2591 8264 E-mail : kityimpan@gmail.com กองวิชาการ กรมการแพทย์ 2. ทพญ.อนอง มั่งคั่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6348 โทรศัพท์มือถือ : 08 5345 6491 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : o.mungkung@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 3. นางอำไพพร ยิ่งวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 08 1668 5008 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ampaiporn@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 4. นางนริศรา แยมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6329 โทรศัพท์มือถือ : 08 1988 3925 โทรสาร : 0 2591 8265 E-mail : ecdsds6285@gmail.com สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
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. ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนา ศิริวิวัฒนากุล ผู้อำนวยกร 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				

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	(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU community - 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 1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้ ■ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ๑. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td><td> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table> ■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU Hospital (R1)</th><th>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 ≤ 20 %, AD ≤ 20 %) </td></tr> </tbody> </table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	๑. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา 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 ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
๑. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา 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 ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)								

รพช./รพท. $\leq 30\%$ และ รพช. $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, APL $\leq 15\%$) 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)					
■ RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <tr> <th>RDU Hospital (R1)</th> <th>RDU PCU (R2)</th> </tr> <tr> <td> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 9 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 และ 2 แต่ใช้เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$ 2. การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ ($\geq$ ร้อยละ 80) 3. ผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid ($\geq$ ร้อยละ 80) 4. การไม่ใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป (ร้อยละ 0) 5. การไม่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ($\leq$ ร้อยละ 5) 6. การใช้ยา long acting benzodiazepine ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ($\leq$ ร้อยละ 5) 7. ลดใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ($\leq$ ร้อยละ 20) </td> <td> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </table>		RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 9 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 และ 2 แต่ใช้เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$ 2. การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ ($\geq$ ร้อยละ 80) 3. ผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid ($\geq$ ร้อยละ 80) 4. การไม่ใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป (ร้อยละ 0) 5. การไม่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ($\leq$ ร้อยละ 5) 6. การใช้ยา long acting benzodiazepine ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ($\leq$ ร้อยละ 5) 7. ลดใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ($\leq$ ร้อยละ 20)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)				
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 9 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 และ 2 แต่ใช้เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$ 2. การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ ($\geq$ ร้อยละ 80) 3. ผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid ($\geq$ ร้อยละ 80) 4. การไม่ใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป (ร้อยละ 0) 5. การไม่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ($\leq$ ร้อยละ 5) 6. การใช้ยา long acting benzodiazepine ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ($\leq$ ร้อยละ 5) 7. ลดใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ($\leq$ ร้อยละ 20)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค				

■ RDU ขั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
๑. ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ขั้น 1, 2 และ 3 ตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ใน คู่มือ RDU Service plan () ๒. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วม ระดับเขต ระดับจังหวัด หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือในเครือข่ายโรงพยาบาล หรือตัวชี้วัดตาม กลุ่มโรค/กลุ่มยาที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

1.2.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร)

เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3

หน่วยวัด ระดับจังหวัด

คำอธิบาย แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 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

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 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 เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) เพื่อสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน

4.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและสถานที่จำหน่ายยา รวมถึงร้านชำ หรือร้านสะดวกซื้อ ไม่จำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย

	5.การสร้างความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy) เพื่อพัฒนากลไกการสร้างความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน รวมถึงการประเมินผล							
	ระดับความสำเร็จ		คำอธิบาย					
	ระดับ 1		1.จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบโครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตามประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง ๒.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่น ที่สนใจ 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 ขั้นที่ 1 80%		RDU ขั้นที่ 1 95 %		- RDU ขั้นที่ 2 50%		- RDU ขั้นที่ 2 62%	
	RDU ขั้นที่ 2 20%		RDU ขั้นที่ 2 20%		- RDU ขั้นที่ 3 20%		- RDU ขั้นที่ 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 ขั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น 3						
รายการข้อมูล 2 RDU)		B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		RDU hospital; (A1/B) x 100 (A2/B) x 100						
ระยะเวลาประเมินผล		RDU hospital: ทุก 3 เดือน						

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12เดือน	
- RDU ขั้นที่ 2 ≥ 58 % - RDU ขั้นที่ 3 ≥ 29 %		- RDU ขั้นที่ 2 ≥ 59 % - RDU ขั้นที่ ๓ ≥ 30 %		- RDU ขั้นที่ 2 ≥ 61 % - RDU ขั้นที่ 3 ≥ 31 %		- RDU ขั้นที่ 2 ≥ 62 % - RDU ขั้นที่ ๓ ≥ 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 ขั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ขั้น 2 ร้อยละ 11.62 (ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 15)	RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 44.92 ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย) (RDU ขั้นที่ 3 ร้อยละ 17.54)		RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 58.04 RDU ขั้นที่ 3 ร้อยละ 29.35 (ณ ไตรมาส 4/2563)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ญ.นุชรินทร์ โตมาหา		เภสัชกรชำนาญการ			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155		โทรศัพท์มือถือ : 061-7317779			
		โทรสาร : 02-5907341		E-mail : nuchy408@gmail.com			
		สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)					
		2. ญ.นภาพร ภูริปัญญานิช		เภสัชกรชำนาญการ			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155		โทรศัพท์มือถือ : 081-9529663			
		โทรสาร : 02-5907341		E-mail : pharmui30@gmail.com			
		สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)					
		3. ญ.ไพรัช บุญญะฤทธิ์		เภสัชกรชำนาญการ			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628		โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289			
		โทรสาร : 02-5901634		E-mail : praecu@gmail.com			
		สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR และระบบรายงาน)					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นางกมลรัตน์ นุตยกุล		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 7392		โทรศัพท์มือถือ : 081-897-7830			
		โทรสาร : 02-5918486		E-mail : maew05rx@fda.moph.go.th			
		กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)					

หมายเหตุ

นิยามปฏิบัติการสำหรับการดำเนินการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล 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.การสร้างความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ชุมชน¹ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

¹ พระราชบัญญัติการจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.2543

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ลักษณะ	เชิงปริมาณ (ร้อยละ) Leading Indicator
ระดับการแสดงผล	เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 31.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการผ่านระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ 31.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
คำนิยาม	1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง http://203.157.3.54/hssd1/ - กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ - การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ - การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล - การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล - การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ 2. ระดับ intermediate ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญ หมายถึง - โรงพยาบาลต้องได้ระดับคะแนนรวมมากกว่า 250 คะแนน จาก 500 คะแนนเต็ม - ทั้ง 5 กลุ่มกิจกรรมสำคัญต้องได้คะแนนเกิน 50 % (มากกว่า 50 คะแนน จาก 100 คะแนนเต็ม) - โรงพยาบาลต้องผ่านข้อบังคับของระดับ basic ครบทุกข้อ 3. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด (bacteremia) ที่ติดเชื้อดื้อยา รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้ <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin <i>Klebsiella pneumonia</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

วิธีการคำนวณ									
$\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$									
เกณฑ์เป้าหมาย :									
<table><tr><th>ปีงบประมาณ 61</th><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th></tr><tr><td>- ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic)</td><td>- ร้อยละ 20 ของ รพ.มีการจัดการ AMR (คะแนนรวม) ผ่าน ระดับ Intermediate</td><td>- ร้อยละ 95 ของ รพ.มีการจัดการ AMR (คะแนนรวม) ผ่าน ระดับIntermediate - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 61</td><td>- ร้อยละ 70 ของ รพ.มีการจัดการ AMR (ทุกกิจกรรมสำคัญ) ผ่าน ระดับ Intermediate - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 61</td></tr></table>	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	
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:									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12เดือน</th></tr><tr><td></td><td>- ร้อยละ 60 ของรพ.ทั้งหมดผ่านระดับ Intermediate ทุกกิจกรรมสำคัญ - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีฐาน (ปีฐาน; ปีปฏิทิน - 61 = 36.89)</td><td></td><td>- ร้อยละ 70 ของรพ.ผ่านระดับ Intermediate ทุกกิจกรรมสำคัญ - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีฐาน</td></tr></table>	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	
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:									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12เดือน</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน						

ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9เดือน	
				รอบ 12เดือน	
วิธีการประเมินผล :		การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล			
เอกสารสนับสนุน :		รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละรพ.ที่มีการจัดการอย่างบูรณาการ	ร้อยละ	Basic 88.98 (ผ่านเป้าหมายระดับ basic ร้อยละ ๗๐)	Intermediate 96.64 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 2๐)	Intermediate 96.69 (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80)
	ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา	ร้อยละ	อัตราการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 36.89	อัตราการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 36.62	อัตราการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 37.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. ภญ.ไพรัช บุญฤทธิ์ เกษตรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข 2. ดร.วันทนา ปวิณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4. นางวรารักษ์ เทียนทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980 โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com สถาบันบำราศนราดูร			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. ภญ.ไพรัช บุญฤทธิ์ เกษตรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			

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 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสนใจของผู้มีสิทธิในการรักษา 3.การส่งต่อตามนโยบาย “มะเร็งรักษาได้ทุกที่ ที่มีความพร้อม”) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	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 2563			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2564			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ12 เดือน)			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอน 1) ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ			

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

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 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.4 ต่อ 1,000 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
	-	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
			รอบ 12 เดือน
			< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
			รอบ 12 เดือน
			< 3.50 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2566:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
			รอบ 12 เดือน
			< 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	อัตราตายทารกแรกเกิด ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	4.41	4.52	4.21
			HDC: 2 ต.ค. 63 ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	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 2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญยชีตเดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : supawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	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 2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญยชีตเดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : supawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 3. 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	16. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	34. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวดและ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ร่วมกับยาและการจัดการอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ - มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ดังนี้ 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 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

	4. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยกระบวนการ Family Meeting และมีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข 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) 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50) *เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังอุปกรณ์การแพทย์ และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)						
เกณฑ์เป้าหมาย:							
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2564</td><td>ปีงบประมาณ 2565</td><td>ปีงบประมาณ 2566</td></tr><tr><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 45</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 45
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) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 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) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2564:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 40</td></tr></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><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 45</td></tr></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><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 45</td><td>≥ ร้อยละ 45</td></tr></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 :	1. การตรวจราชการ โดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 2. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข 3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด 4. การติดตามรายการยา Opioid โดยกองบริหารระบบสาธารณสุข 5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ provincial network certification								
เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (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								

	ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf 5. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03 6. A Guide to Children’s Palliative Care (Fourth Edition). International Children’s Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2018. ที่ https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf 7. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรรมการแพทย์ 8. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf 9. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>4 กลุ่มโรค 19.66 (HDC) 55.32 (ระบบรายงาน)</td><td>4 กลุ่มโรค 33.61 (HDC) 53.53 (ระบบรายงาน)</td><td>4 กลุ่มโรค 33.69 (HDC)</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2561	2562	2563	-	ร้อยละ	4 กลุ่มโรค 19.66 (HDC) 55.32 (ระบบรายงาน)	4 กลุ่มโรค 33.61 (HDC) 53.53 (ระบบรายงาน)	4 กลุ่มโรค 33.69 (HDC)
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ										
		2561	2562	2563										
-	ร้อยละ	4 กลุ่มโรค 19.66 (HDC) 55.32 (ระบบรายงาน)	4 กลุ่มโรค 33.61 (HDC) 53.53 (ระบบรายงาน)	4 กลุ่มโรค 33.69 (HDC)										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง													

	2. พญ. เตือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 1415 ต่อ 2413 โทรศัพท์มือถือ : 089-4223466 โทรสาร : 0 2245 7580 E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 3. 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)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการ การแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการ สกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึง กัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระดูก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

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 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (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) x 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	

1.2 มีบัญชียาสมุนไพรของจังหวัด ไม่น้อยกว่า 30 รายการ 1.3 มีการกำหนดยาสมุนไพรทดแทนหรือใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First line drug) 1.4 มีแผนงานหรือการจัดสรรเงินสำหรับยาสมุนไพรในจังหวัด 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน 3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข	ปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ 3. บูรณาการการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับให้มีการบริการ ตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม รักษาโรคเรื้อรัง เช่น DM, HT, COPD, OA, CVA CA ฯลฯ อย่างน้อย 1 โรค	- คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน 2. จำนวนครั้งของรพ. การแพทย์แผนไทยนำร่อง 19 แห่ง มีการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพื่อการรักษาโรค เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 19.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดยมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6 (ปี 2562 คิดเป็น ร้อยละ 5.17)	
---	---	--	--	--

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ขับเคลื่อนการประชุม Service Plan สาขาแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 1 งานบริการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการใช้ยาตำรับ 2. มีแผนงานโครงการระดับจังหวัดในการพัฒนางานฯ โดยให้สอดคล้องกับแผนของกรมฯ	1. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ 2. สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ., รพท., รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน	1. มีการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน Intermediate care (IMC) จังหวัดละ 1 แห่ง	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วย)

			นอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด) 3. ร้อยละของการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพื่อการรักษาโรคเพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งของการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเทียบกัจำนวนครั้งของการจ่ายยาสมุนไพรทั้งหมด)		
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายระดับสถานบริการ ดังต่อไปนี้				
	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. รายละเอียดการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะราย จำแนกรายระดับสถานบริการ ดังต่อไปนี้				
	Baseline data	หน่วยวัด	การส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะราย ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563		
	รพศ./รพท.	ร้อยละ	0.25		
	รพช.	ร้อยละ	0.68		
	รพ.สต.	ร้อยละ	0.58		
3. ประมาณการผลการดำเนินงาน จำแนกรายจังหวัด สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้					
	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ค่าประมาณการผลการผ่านตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในปีต่อไป หากใช้กลวิธีดำเนินงานในลักษณะเดิม			
		พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565		
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5		
จังหวัดที่ไม่ผ่าน ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	19 (25.00)	31 (40.78)	39 (51.31)		
จังหวัดที่ผ่าน ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	57 (75.00)	45 (59.21)	37 (48.68)		
ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 6 สิงหาคม 2563					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5647 ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 08-4439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th 2. นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5636 ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 08-1872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com 3. นางบุญใจ ลิมศิลา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : - ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 08-1713-6783 E-mail : boonjai@yahoo.com 4. ดร.รัชณี จันทรเกษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5649 โทรสาร : 0-2149-5649 ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 08-1629-4086 E-mail : iettcm.dtam@gmail.com 5. นายยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : - กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08-9899-8083 E-mail : ispt.oasp.dtam@gmail.com 6. นางศรีจรรยา โชติศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 09-9245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com
---	---

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)						
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
โครงการที่	18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต						
คำนิยาม	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 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย						
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 ณ 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		
-		-		-		
				ร้อยละ 50		
ปี 2561						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				ร้อยละ 55		
ปี 2562						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				ร้อยละ 63		
ปี 2563						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				ร้อยละ 68		
ปี 2564						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 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.		
				2561	2562	2563
		ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	ร้อยละ	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: kanokwirete@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 ผาปรามค์ 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	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2562 - กันยายน 2564 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564) ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563 หลังจากได้รับการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแลติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2564 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2564 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ต่อไป <u>ไม่นับว่า</u>เป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี 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

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 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศต่อไป			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2564 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตามฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรสาร : 043-224722 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8052420 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com 2. นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 E-mail : orapin63308@gmail.com 3.นางสาวพนิดา ชำปญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722 จพง.เวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 089-6199137 E-mail : suicidethailand@gmail.com
---	--

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	38. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 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 หรือมี อาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดย ต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไป ที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 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) 5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของ แต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตรา อุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากด ภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงาน

		ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด	
เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
< ร้อยละ 26		< ร้อยละ 24	< ร้อยละ 22
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น		
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น		
รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
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
-	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
-	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
-	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตารางที่ 6)

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

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

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

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

Heart rate >90 beats/min

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

WBC $>12,000$ /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 $<100,000/\mu\text{L}$

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (°C)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย นิ่งเฉยเฉื่อย	ตื่นสติ หูตึงหูหนวก	ซึม แต่เรียกแล้วตื่น ตาสีเขียว	ซึมนมาก ต้องกระตุ้น ชีพจรเต้นช้า	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
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	39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ 39.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ 39.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 50 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล 39.3 Refracture Rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)																								
คำนิยาม	ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลายันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย กลายันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกะดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากกลายันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังกะดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากลายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส <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> กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส <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																								

	5. Proximal tibia S82.1 6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond) S82.5 (Medial malleolus) S82.6 (lateral malleolus) S82.8 (lower leg, other) ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัส หัตถการ ด้วยรหัส 1. open reduction with internal fixation femur 79.35 2. Close reduction with internal fixation femur 79.15 3. Total hip arthroplasty 81.51 4. Partial hip arthroplasty 81.52 Liaison หมายถึง บุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบ องค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตาม การแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข
--	--

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 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3.93 Refracture Rate < ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มี กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วย กลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูก จัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ <u>จำเป็นต้องมี</u> ระดับ รพศ./รพท.- วิทยุแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวช ศาสตร์ฟื้นฟู ระดับ รพช. - วิทยุแพทย์, อายุรแพทย์ <u>แนะนำให้</u> ระดับ รพศ./รพท.- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุ แพทย์ ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ <u>จำเป็นต้องมี</u> - เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด <u>แนะนำให้</u> - ตัวแทนแผนกโภชนาการ
--------------	---

	* หมายเหตุ : แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะนั้น สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ Liaison หมายถึง บุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Refracture Prevention
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์ (ตัวชี้วัดที่ 39.1)
	2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน (ตัวชี้วัดที่ 39.2/39.3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบโรงพยาบาล
	2. ฐานข้อมูลในรูปแบบ Application และเก็บข้อมูลเป็น National Registry
	3. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12
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
เกณฑ์การประเมิน	
ปี 2564	
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน
39.1	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.03
	รอบ 6 เดือน
	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.06
	รอบ 9 เดือน
	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.09
	รอบ 12 เดือน
	มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.13
39.2	> ร้อยละ 50
39.3	< ร้อยละ 20
วิธีการประเมินผล :	-
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีมและการดำเนินโครงการ Refracture Prevention

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
			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 เจริมตัน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9933 โทรศัพท์มือถือ : 08 9127 2932 โทรสาร : 0 2353 9756 E-mail : jiamond@hotmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์				
	2. พญ.ชายน เมธาธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ : 08 1530 0570 โทรสาร : 0 2353 9759 E-mail : sciorthop@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์				
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 เจริมตัน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9933 โทรศัพท์มือถือ : 08 9127 2932 โทรสาร : 0 2353 9756 E-mail : jiamond@hotmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์				
	2. พญ.ชายน เมธาธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2353 9844 โทรศัพท์มือถือ : 08 1530 0570 โทรสาร : 0 2353 9759 E-mail : sciorthop@gmail.com โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์				
	3. 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	20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ		
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	40. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด 40.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 40.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย 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:			
		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
		< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8
			ปีงบประมาณ 66
			< 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) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี2564:			
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน
		< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9
			รอบ 9 เดือน
			< ร้อยละ 9
			รอบ 12 เดือน
			< ร้อยละ 9
ปี 2565:			
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน
		< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
			รอบ 9 เดือน
			< ร้อยละ 8
			รอบ 12 เดือน
			< ร้อยละ 8

ปี 2566:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
< ร้อยละ 8		< ร้อยละ 8		< ร้อยละ 8
วิธีการประเมินผล :		รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				256125622563
		13.39	ร้อยละ	9.848.8510.45
		ข้อมูลจาก Thai ACS Registry		
ตัวชี้วัดรอง		40.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
เกณฑ์เป้าหมาย:				
ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65		ปีงบประมาณ 66
≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์		เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย 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 = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 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) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล		รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน				
ปี2564:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 60
ปี 2565:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 60		≥ ร้อยละ 60
ปี 2566:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
≥ ร้อยละ 70		≥ ร้อยละ 70		≥ ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :		รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	Baseline data	หน่วยวัด	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 :	- 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 อนุไพรวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 โทรสาร : 0 2591 9972 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ระบบ Thai ACS Registry โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.อรวรรณ อนุไพรวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 08 1845 9395 โทรสาร : 0 2591 9972 E-mail : dr.orawan.tuk@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. นายบิวิช 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	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	1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53) 2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการ ผ่าตัดรักษา -ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมา ตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนด ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมี วันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการ เข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสี รักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

	-ในกรณีที่ไม่มีกรตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีกรรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ2.ระยะเวลาการรอคอยรับกรรักษาด้วยการผ่าตัด <u>หมายเหตุ</u> การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)		
เกณฑ์เป้าหมาย:			
ตัวชี้วัดย่อย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ 3.1 วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยมนโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง		
แหล่งข้อมูล	1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based: TCB หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน 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:																												
<table><tr><th>ปี 2564</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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 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:																												
<table><tr><th>ปี 2565</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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 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:																												
<table><tr><th>ปี 2566</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>≥ ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 60</td></tr></table>						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			
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><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><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></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																												

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์</td><td>ผู้อำนวยการ</td></tr> <tr> <td>2. นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรสาร : 0 2354 7036 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์</td><td>รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail : suleesa@yahoo.com</td></tr> </table>	1. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	ผู้อำนวยการ	2. นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรสาร : 0 2354 7036 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail : suleesa@yahoo.com
1. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	ผู้อำนวยการ				
2. นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรสาร : 0 2354 7036 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail : suleesa@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรสาร : 0 2591 8279 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</td><td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: eva634752@gmail.com</td></tr> </table>	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@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
1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@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 plane)		
โครงการที่	22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	42. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr		
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	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	• 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 โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 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 ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลารอคอย 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) x 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	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
	Baseline data	หน่วยวัด	2561	2562
	-	ร้อยละ	84.44	84.11
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ผู้รับผิดชอบโปรแกรม vision 2020 Thailand 2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3422 5818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 06 1426 1532 โทรสาร : 0 3422 5421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 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 plane)		
โครงการที่	24. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	44. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)		
คำนิยาม	ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย 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) x 100 หมายเหตุ * คำนวณแยกรายเขตสุขภาพ โดยในปี 2562 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20		
ระยะเวลาประเมินผล	รวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ		

ปี 2564:

* ข้อมูลปี 2562 จาก สรุปลผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2562

ปี 2565:

ปี 2566:

วิธีการประเมินผล :

—

เอกสารสนับสนุน :

ข้อมูลรายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ 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	*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	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 และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู				
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 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 (เฉลี่ย 3 ปี 44.36)	48.57	41.23	43.53 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ต.ค. 63)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ชื่อ – สกุล นายแพทย์อังกร ภัทรการ ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. ชื่อ – สกุล นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต 3. ชื่อ – สกุล นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-298080 โทรศัพท์มือถือ : 093-2654696 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ 4. ชื่อ – สกุล นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-1624199 โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กองบริหารการสาธารณสุข - กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ชื่อ – สกุล นายชลภัชร ลันสุชีพ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรศัพท์มือถือ : 095-9326174 โทรสาร : 02-5901863 E-mail : chonla.duntae@gmail.com สถานที่ทำงาน : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข 2. ชื่อ – สกุล นางอัจฉรา วิไลสกุลยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 089-9279829 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : สถานที่ทำงาน : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ชื่อ – สกุล นางระเบียบ โตแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 โทรศัพท์มือถือ : 092-8979299 โทรสาร : E-mail :				

	สถานที่ทำงาน : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 4. ชื่อ – สกุล นายปวิช อภิบาลกุล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906350 โทรศัพท์มือถือ : 098-5463564 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สถานที่ทำงาน : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 5. ชื่อ – สกุล นางอุบล ศรีประเสริฐ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902422 โทรศัพท์มือถือ : 095-9485235 โทรสาร : 02-5901863 E-mail : สถานที่ทำงาน : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
--	---

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)												
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plane)												
โครงการที่	26. โครงการการบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัด	46. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward) 46.1 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward) 46.2 ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F 46.3 ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20												
คำนิยาม	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) 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 Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) * <u>หมายเหตุ</u> ใน รพ.ที่ยังไม่มีความพร้อมในการทำ Intermediate Ward พิจารณาเริ่มดำเนินการ Intermediate bed เป็นเบื้องต้น เพื่อให้มีระบบบริการฟื้นฟูต่อเนื่อง <table><tr><td>คำย่อ</td><td>คำเต็ม</td><td>คำอธิบาย</td></tr><tr><td>BI</td><td>Barthel ADL index</td><td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td></tr><tr><td>IMC</td><td>Intermediate care</td><td>การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง</td></tr><tr><td>คำย่อ</td><td>คำเต็ม</td><td>คำอธิบาย</td></tr></table>	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20	IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย											
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20											
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง											
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย											

	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอน ในโรงพยาบาลเพื่อการ บำบัดรักษา
	Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
	TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิด จากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
	SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสัน หลังจากภยันตราย (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	โรงพยาบาลทั่วไปขนาด ใหญ่	
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	
	M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
	F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาด ใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
	F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาด กลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
	F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด 46.1 :

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 100

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด 46.2 :

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

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด 46.3 :		
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
		ปีงบประมาณ 66
		≥ ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury และ Spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพช. 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 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย	
รายการข้อมูล 1.1	A1= โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2 ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)	
รายการข้อมูล 1.2	B1 = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$	
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีการให้บริการ Intermediate ward อย่างน้อย 1 แห่ง ใน รพ.ระดับ M หรือ F (ตามภาคผนวก 1 และ 2) ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (Checklist for Intermediate ward) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F 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)	
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในแต่ละเขตสุขภาพ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$ หมายเหตุ * IMC ward สามารถดำเนินการใน รพ.ทุกระดับ โดยใช้แบบประเมินการจัดบริการ IMC ward * โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา	

	* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ																				
รายการข้อมูล 3.1	A3 = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการปรับสภาพพื้นสภาวะระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20																				
รายการข้อมูล 3.2	B3 = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A3/B3) × 100																				
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)																				
เกณฑ์การประเมิน																					
ปี 2564:																					
<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>หลัก (46.1)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>รอง (46.2)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>รอง (46.3)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 65</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 65</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 75	-	≥ ร้อยละ 80	รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 40	-	≥ ร้อยละ 40	รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 65	-	≥ ร้อยละ 65	
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 75	-	≥ ร้อยละ 80																	
รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 40	-	≥ ร้อยละ 40																	
รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 65	-	≥ ร้อยละ 65																	
ปี 2565:																					
<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>หลัก (46.1)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 85</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>รอง (46.2)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 50</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>รอง (46.3)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 70</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 90	รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50	รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 70	-	≥ ร้อยละ 70	
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 90																	
รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50																	
รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 70	-	≥ ร้อยละ 70																	
ปี 2566:																					
<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>หลัก (46.1)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 95</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 100</td></tr><tr><td>รอง (46.2)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>รอง (46.3)</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ 75</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 95	-	≥ ร้อยละ 100	รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60	รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 75	-	≥ ร้อยละ 75	
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
หลัก (46.1)	-	≥ ร้อยละ 95	-	≥ ร้อยละ 100																	
รอง (46.2)	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60																	
รอง (46.3)	-	≥ ร้อยละ 75	-	≥ ร้อยละ 75																	
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน ควรรายงานการให้บริการทั้ง IMC bed และ IMC ward ทั้งจังหวัด เพื่อรวบรวมสำหรับรายงานเป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ																				
เอกสารสนับสนุน :	- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 - คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan)																				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	ร้อยละ	39.7	74.3	87.1
	ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข				
	* ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง / ปีงบประมาณ 2562 – 2563 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาล พ้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ศุภศิลป์ จำปานาค				

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัดการบริหารพื้นที่สภาวะกลาง (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 เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้กำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด	○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี)		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารพื้นที่สภาวะผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1ครั้ง/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol	○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk)		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	○ 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	○ 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. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter	○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices)	○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane	○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane ○ Wheelchair		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward ☐ ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1-8) ☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6 ส่วนข้อ 7-8 มีแผนการพัฒนา ☐ ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-6				

หมายเหตุ แผนการพัฒนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

Team Meeting Report

รพ.

วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....ตึก.....
HN..... AN.....

สรุปประเด็น													
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน		☐ เตียงผู้ป่วย ☐ ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด ☐ ปรับสภาพบ้าน..... ☐ ที่นอนลม ☐ อื่นๆ..... ☐ วัสดุอุปกรณ์.....											
Problem (V or x)						Goal / Plan of management							
☐ ADL.....						Level of Assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist							
☐ Ambulation.....						☐ Walk with..... ☐ Bed mobility/ sitting balance ☐ Wheelchair ☐ Physiologic standing							
☐ Swallowing.....						☐ NG tube ☐ Oral (☐ Compensate ☐ Positioning ☐ NG tube + oral ☐ Diet modification)							
☐ Bowel.....						☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ☐ ใช้ยาระบาย / หรือสวนอุจจาระ ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง							
☐ Bladder.....						☐ On Foley's cath ☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ☐ CIC (Intermittent cath) ☐ Condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง							
☐													
☐													
แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)													
☐ Doctor (ชื่อ).....						☐ นัด follow up..... ☐ Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....							
☐ PT (ชื่อ).....						☐ ผักตบแบบ OPD case ☐ Home program / สอนญาติ ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....							
☐ พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....						☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ..... ☐ ส่งต่อ รพ.สต. / PCC / HHC							
☐ Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....						☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน							
☐ Nutritionist (ชื่อ).....						☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน							
☐ แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....													
☐													
☐													
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)		
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 กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
14.00 - 15.00					
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	การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทันทีหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้ <table><tr><th>ลำดับ</th><th>Diagnosis</th><th>ICD-10 /ICD-9-CM</th></tr><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></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	

			K63.5 Polyp of colon ICD9 : 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
	9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	ICD10 : K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
	10	<i>Pancreatic ductstone</i>	ICD10 : K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
	11	<i>Bile duct stricture</i>	ICD10 : C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct

		K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct	
	12	Pancreatic duct stricture ICD10 : C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD9 : 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct	
	13	Foreign body of upper Gl. tract ICD10 : T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach ICD9 : 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision	
	14	Pterygium Excision ICD10 : H11.0 Pterygium ICD9 : 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva	
	15	Female sterilization ICD10 : Z30.2 Sterilization ICD9 : 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation	

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

	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

		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 ICD9 : 62.3 Unilateral Orchiectomy 62.41 Bilateral orchidectomy NOS 62.42 Removal of solitary testis	
	26	Hysteroscopy 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 ICD9 : 68.12 Hysteroscopy	
	27	Amputation finger ICD10 : C436 MALIGNANT MELANOMA OF UPPER LIMB, INCLUDING SHOULDER	

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

		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. ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
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

1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283
โทรสาร : 0 2591 8264
กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884
E-mail: kityimpan@gmail.com

2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000
E-mail: eva634752@gmail.com
โรงพยาบาลทหารอากาศราชนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1967 4148

3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑิการณ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800
E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โทรศัพท์มือถือ : 08 1941 7746

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285
โทรสาร : 0 2591 8276
กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866
E-mail: klangpol@yahoo.com

2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285
โทรสาร : 0 2591 8276
กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869
E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285	โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866
	โทรสาร : 0 2591 8276	E-mail: klangpol@yahoo.com
	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	
	2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285	โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869
	โทรสาร : 0 2591 8276	E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com
	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	
	3. 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)							
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
โครงการที่	27. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS							
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ							
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) 48.1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิต ขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury 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)							
คำนิยาม	การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้ <table><tr><th>กรณี</th><th>กลุ่ม DRGs</th><th>รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th></tr><tr><td rowspan="2">โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ</td><td>07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC</td><td rowspan="2">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 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><tr><td>07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC</td></tr></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 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 : -	07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC
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 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 : -						
	07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC							

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	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry			
แหล่งข้อมูล	ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry			
รายการข้อมูล 1.1	A1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน			
รายการข้อมูล 1.2	B1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A1/B1) \times 100$			
รายการข้อมูล 2.1	A2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน Re-admit ภายใน 1 เดือน			
รายการข้อมูล 2.2	B2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (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	2563	
		-	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6283 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2591 8264 E-mail: kityimpan@gmail.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. นพ.ทวีชัย วิชญ์โยธิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4423 5000 โทรศัพท์มือถือ : 08 1967 4148 E-mail: eva634752@gmail.com โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑิลาภิรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3458 7800 โทรศัพท์มือถือ : 08 1941 7746 E-mail: wibunphantha@yahoo.co.th โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: klangpol@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 1355 4866 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: klangpol@yahoo.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. นางสาวปรียานุช เรืองงาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6285 โทรศัพท์มือถือ : 08 6375 0869 โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail: mai_preeyanut@hotmail.com กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 3. 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)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	28. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 49.1 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 49.2 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 49.3 สถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
คำนิยาม	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชา ด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วย เข้าถึงได้ โดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบผู้จัดการเคส (case manager) ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง 2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา การแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่ง (สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก), กรมการแพทย์ 12 แห่ง (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี) และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 แห่ง (โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน) (เป้าหมายจำนวน 27 แห่ง) 2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา กัญชา ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

	4.ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตารับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายการ	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	เขตสุขภาพละ 5 แห่ง	เขตสุขภาพละ 10 แห่ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา 3. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 4. รวบรวมจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. ระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข A2 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ A3 = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลเอกชน (12 เขต)			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (27 แห่ง) B3 = จำนวนเขตสุขภาพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	49.1 : (A1/B1) × 100 49.2 : (A2/B2) × 100 49.3 : (A3/B3) × 100			

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน 1. มีแนวทางกาจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบร.ส.ป. สบส. , สถาบันกัญชาฯ) 2. มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมความรู้ การจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชาฯ)	รอบ 6 เดือน 1.รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 2. ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชา สป.) 3. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนคลินิกบูรณาการลดความซ้ำซ้อน (อย ,กบรส ,ศทส.) 4. มีแผนการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	รอบ 9 เดือน 1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 (กบร.ส.ป.) 2.มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต,กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)	รอบ 12 เดือน 1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ใน รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 (กบร.ส.ป.) 2.มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในรพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต,กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) 3.มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.เอกชน และ/หรือ คลินิกเอกชน เขตสุขภาพละ 1 แห่ง (สบส.)
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจากระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3. ข้อมูลจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) 2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	-	-	-	0
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์กิตติ โล่สุวรรณรักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1501 โทรสาร : - E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตนาพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1755 โทรสาร : E-mail : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เกสัชกรหญิงนางกนกพร ชนะคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 E-mail : kan699@yahoo.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. ดร.ผกากรอง ขวัญข้าว เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1501 E-mail : medicalcannabis0111@gmail.com สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-876-9905 E-mail : ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 065-351-4429 โทรศัพท์มือถือ : 087-247-6333				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1634 โทรสาร : 0-2590-1631 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางอรสา เข้มปัญญา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1542 โทรสาร : 0-2580-1543 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรสาร : 0-2580-1648 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางสาวแสงเดือน ยาสมุทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2580-1637 โทรสาร : 0-2580-1648 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เรืออากาศเอกนายแพทย์สมชาย ธนะสิทธิชัย ประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-6245 โทรสาร : 0-2965-9844 กรมการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและ โทรศัพท์มือถือ : 081-897-7900 E-mail : dr.somchai.t@gmail.com				

	4. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 089-666-7553 โทรสาร : 0-2149-5533 Email : burinsura@hotmail.com กรมสุขภาพจิต
--	--

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 2 : กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

คำนิยาม

1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบผู้จัดการเคส (case manager) ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ

2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง

2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา

การแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่ง (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก), กรมการแพทย์ 12 แห่ง (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรังสิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี) และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 แห่ง (โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน) (เป้าหมายจำนวน 27 แห่ง)

2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4)

พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา กัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562

3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

4. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ให้พื้นที่ที่มีความเข้าใจการดำเนินการการจัดตั้งคลินิกกัญชาแบบบูรณาการ	มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาแบบบูรณาการ	แผนงาน สร้างการรับรู้และการเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	มีความพร้อมในการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	การจัดบริการคลินิกกัญชาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย	จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	มีการจัดคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	เขตสุขภาพละ 5 แห่ง	เขตสุขภาพละ 10 แห่ง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
๑. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบรส.สป. กรมสบส. ,สถาบันกัญชาฯ) 2. มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมความรู้ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชาฯ)	1. รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบรส.สป. กรมสบส. ,สถาบันกัญชาฯ สป.) 2. ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชา สป.) 3. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนคลินิกบูรณาการ ลดความซ้ำซ้อน (อย ,กบรส ,ศทส.) 4. มีแผนการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 (กบรส.สป. กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์) 2. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 (กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์)	1. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 (กบรส.สป. กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์) 2. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 3. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในสถานพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพละ 1 แห่ง โดยดำเนินการใน 12 เขตสุขภาพ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์ กรม สบส.)

สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับรพ.สังกัดกรมวิชาการ

A2 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ

B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (27 แห่ง)

สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

A3 = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาลเอกชน (12 เขต)

B3 = จำนวนเขตสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันกัญชาทางการแพทย์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
๑. นายแพทย์กิตติ โลสุวรรณรักษ์	ผู้อำนวยการสถาบัน กัญชาทางการแพทย์ สำนัก/กอง..สถาบัน กัญชาทางการแพทย์.	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2580-1501 โทรศัพท์มือถือ : 081-876-9905 โทรสาร : - E-mail : medicalcannabis0111@gmail .com	กัญชาทางการแพทย์
๒. นายแพทย์สินชัย ตันติรัตนานนท์	ผู้อำนวยการกองบริหาร การสาธารณสุข กองบริหารการ สาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน :0-2590-1755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :	กัญชาทางการแพทย์
3. นางกนกพร ชนะคำ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สถาบันกัญชาทาง การแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 065-351-4429 E-mail : kan699@yahoo.com	กัญชาทางการแพทย์
4. ดร.ผกากรอง ขวัญข้าว	เภสัชกรชำนาญการ สถาบันกัญชาทาง การแพทย์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590-1501 โทรศัพท์มือถือ : 087-247-6333 E-mail : medicalcannabis0111@gmail .com	กัญชาทางการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับสวนกลาง)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกอง บริหารการสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน :0-2590-1634 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :	กัญชาทางการแพทย์
2. นางอรสา เข้มปัญญา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน :0-2590-1542 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0-2580-1543 E-mail :	กัญชาทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. นางยุภา คงกลิ่นสุ คนธ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองบริหารการ สาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน :0-2590-1648 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :	กัญชาทางการแพทย์
2. นางสาวแสงเดือน ยา สมุทร	ตำแหน่ง. นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการ สาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน :0-2590-1648 โทรศัพท์มือถือ : 087-7895993 โทรสาร : 0-2580-1648 E-mail :	กัญชาทางการแพทย์
3. เรืออากาศเอกนาย แพทย์สมชาย ธนะสิทธิ ชัย	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2590-6245 โทรศัพท์มือถือ : 081-897-7900 โทรสาร : 0-2965-9844 E-mail : dr.somchai.t@gmail.com	กัญชาทางการแพทย์
4. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2590-8207 โทรศัพท์มือถือ : 089-666-7553 โทรสาร : 0-2149-5533 Email: burinsura@hotmail.com	กัญชาทางการแพทย์

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คณะกรรมการกำหนดประเด็นแต่ละ
ประเด็น

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	<u>ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ</u> 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 4) <u>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</u> 2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 30) <u>การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน</u> 3 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) (เป้าหมาย > ร้อยละ 80)
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ 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 จากการประเมิน ณ ห้องฉุกเฉิน “ค่าโอกาสรอดชีวิต (Ps)” หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บทุกรายจากสาเหตุภายนอก (V01-Y36) ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยอาศัยวิธีของ TRISS Methodology โดยใช้ค่า Probability of Survival (PS) ซึ่งคำนวณจากตัวแปรสำคัญ คือ Glasgow coma score (GCS) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิก (Systolic BP) อัตราการหายใจ อายุของผู้บาดเจ็บ กลไกของการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ (Body

	region) และระดับความรุนแรง (Abbreviated injury scale) และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ค่า Ps น้อยกว่า 0.25 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (non preventable death) ค่า Ps 0.25 ถึง 0.50 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) ค่า Ps มากกว่า 0.50 เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)		
เกณฑ์เป้าหมาย : ตัวชี้วัดหลัก			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
50.1	< ร้อยละ 12	-	-
เกณฑ์เป้าหมาย : ตัวชี้วัดประกอบ			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
1	< ร้อยละ 4	-	-
2	< ร้อยละ 30	-	-
3	> ร้อยละ 80	-	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12		
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12		
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) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัด 50.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)			
ปี 2564 :			
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) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	< ร้อยละ 4	-	< ร้อยละ 4
รายการข้อมูล 3.1	A3 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
รายการข้อมูล 3.2	B3= จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 2	(A3/B3) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 2 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate 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 3.1	A3= จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)			
รายการข้อมูล 3.2	B3= จำนวน TEA unit ที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 3	(A3/B3) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 3 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	> ร้อยละ 80	-	> ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่ ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร การฝึกอบรม			

	ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ					
เอกสารสนับสนุน :	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2561	2562	2563
		-	ร้อยละ	-	11.67	11.02
				หมายเหตุ – เฉพาะตัวชี้วัดหลัก		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	51. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26		ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 28
				ปีงบประมาณ 66
				ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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) x 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
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการโดย 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	1. นางสินีนุช ชัยสิทธิ์ ผู้จัดการกลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0818191669 โทรสาร : 028721603 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. นายสุวัชร อภิญญานนท์ ผู้อำนวยการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรศัพท์มือถือ : 0818321669 โทรสาร : 028721603 E-mail : Suwapat.a@niems.go.th				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	52. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ			
คำนิยาม	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ 1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง) 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ 2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน 3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 4. 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) × 100			

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2564 :					
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่งผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลศูนย์ (A) มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ 1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด 1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ 1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล 2 ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต 2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด/เขต ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง 3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาเปรียบเทียบในระดับเขต และวางแผนสนับสนุนการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
		ร้อยละ	NA	NA	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริรัตนานนท์ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901761 โทรสาร : 02 - 5901802 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 086 - 1414769 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : beera024@gmail.com 4. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

	5. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : nuttina24@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ 1. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	30. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด				
คำนิยาม	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 มาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวทางทะเล รวมทั้งการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นใดก็ได้ ที่สามารถดำเนินการจัดระบบบริการฯ ได้อย่างสอดคล้องเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่เกาะ ระดับ 2 หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอหรือจังหวัดที่มีพื้นที่เกาะจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเล ระดับ 3 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีระบบการจัดการภัยทางทะเล อาทิเช่น การสัมผัสแมงกะพรุนพิษ การถูกสัตว์ทะเลทำร้าย ภาวะบาดเจ็บจากการจมน้ำ ดำน้ำ (โรคน้ำหนึบ) หรือภัยจากกระแสน้ำดูด เป็นต้น ระดับ 4 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ อาทิเช่น ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ เป็นต้น ระดับ 5 หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายเป้าหมายมีการจัดระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อาทิเช่น อุบัติเหตุหมู่ เรือล่ม เป็นต้น และภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม,การควบคุมโรคติดต่อที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น SARS , MERS, COVID-19 เป็นต้น				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการใน 3 จังหวัด (ตราด พังงา และ สตูล 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 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. กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่มีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เกาะ 11 จังหวัด ทั้งสิ้น 98 แห่ง																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																	
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:																		
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 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)														
รอบ 12 เดือน																		
ร้อยละ 50 (หน่วยบริการ 49 แห่ง จากทั้งหมด 98 แห่ง)																		
วิธีการประเมินผล :		1. รวบรวมข้อมูล และ วิเคราะห์ผลจากรายงานของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัด 2. เก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ กำกับติดตาม ตามมติคณะกรรมการ																
เอกสารสนับสนุน :		แบบฟอร์มการรายงานผลของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมาย 11 จังหวัดของกองบริหารการสาธารณสุข																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 100 (หน่วยบริการใน 3 จังหวัด) ดำเนินการครบ 5 ระดับ</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 100 (หน่วยบริการใน 3 จังหวัด) ดำเนินการครบ 5 ระดับ
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
ร้อยละของหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายมีมาตรฐานการบริการสุขภาพนักท่องเที่ยวในพื้นที่เกาะตามที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 100 (หน่วยบริการใน 3 จังหวัด) ดำเนินการครบ 5 ระดับ														

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวอรรณพวรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com 2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com
หน่วยงานประมวผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ กองบริหารการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายแพทย์สินชัย ตันดิรัตน์นนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - 2.นางวิราณี นาคสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-539-8474 E-mail : wiranee8711@gmail.com 3. นางสาวอรรณพวรรณ ชมภู โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-2457 โทรสาร : 02-590-1741 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 098-889-9819 E-mail : chompoo9299@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย				
โครงการที่	31. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเป้าหมาย				
ชื่อตัวชี้วัด	54. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว				
คำนิยาม	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการตามพระราชบัญญัติ พ.ศ.2559 ดังต่อไปนี้ กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ มาตรฐานการท่องเที่ยว หมายถึง มาตรฐานการให้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และมีมาตรฐานการให้บริการตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) ได้แก่ การเว้นระยะห่าง การล้างมือก่อนและหลังการให้บริการ การสวมหน้ากากอนามัย ขณะให้บริการ เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการในจังหวัดท่องเที่ยวเป้าหมายเพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว หมายถึง อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร เอกสาร หรือการอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อสามารถยื่นขอเปิดกิจการตามที่กฎหมายกำหนดและมีมาตรฐานการท่องเที่ยวตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 คิดจากจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2563 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานท่องเที่ยว หมายถึง สถานประกอบการในจังหวัดท่องเที่ยวเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และมีมาตรฐานการให้บริการตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
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				

	1) ภูเก็ต มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 80 แห่ง 2) ชลบุรี มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 204 แห่ง 3) สุราษฎร์ธานี มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 138 แห่ง 4) เชียงราย มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 50 แห่ง 5) บุรีรัมย์ มีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 54 แห่ง อัตราการเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว ในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย จำนวน 5 จังหวัด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 โดยประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม คิดเป็นจำนวนในปี 2564 เท่ากับ 27 แห่ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ http://spa.hss.moph.go.th								
แหล่งข้อมูล	1. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนที่เพิ่มขึ้นของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ได้มาตรฐานท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2564								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการตามมาตรการผ่อนปรนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ 2563 (จำนวน 526 แห่ง)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานท่องเที่ยว = (A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						
ปี 2561									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						
ปี 2562									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						

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
-กำหนดหลักเกณฑ์การประเมิน -ส่งเสริมพัฒนาตามเกณฑ์	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5

หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2564 ไม่มีเกณฑ์การประเมินเดิม/เก็บข้อมูลการดำเนินงานแบบสะสม

วิธีประเมินผล	ประเมินโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด																
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 3. 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> หมายเหตุ : เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2564 ไม่มีข้อมูลพื้นฐานเดิม				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	1. เมืองสมุนไพร หมายถึง เมืองที่ถ่ายทอดมาตรการและแผนงานจากแผนปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2560-2565 (แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 ฯ) ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งนี้อาศัยกลไกของภาครัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร เมืองสมุนไพร มีจำนวนทั้งสิ้น 14 จังหวัด แบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ได้แก่ 1) คลัสเตอร์เกษตร วัตถุดิบสมุนไพร ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ สุรินทร์ มหาสารคาม อุทัยธานี และสกลนคร 2) คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สระบุรี ปราจีนบุรี และจันทบุรี 3) คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พิจิตร อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และสงขลา 2. ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการผลิตสมุนไพร หรือผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามประกาศคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดประเภทผู้ประกอบการ พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563 3. เกณฑ์การประเมินเมืองสมุนไพร หมายถึง เกณฑ์การประเมินเมืองสมุนไพรที่กำหนดในแต่ละคลัสเตอร์ตามที่คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติกำหนด (รายละเอียดในวิธีการประเมิน) 4. เส้นทางท่องเที่ยว หมายถึง เส้นทางท่องเที่ยวที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับสมุนไพร/การแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนไทย และอัตลักษณ์ประจำจังหวัด 5. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร หมายถึง ยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562 6. มูลค่าการบริโภคสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการบริโภควัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70 (10 จังหวัด)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างครบวงจรใช้คุณค่าสู่การพัฒนาต่อยอดเชิงพาณิชย์ 2. เพื่อให้โครงการเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ (แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2565) 3. เพื่อสร้างมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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 - ฐานข้อมูลการท่องเที่ยวกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา https://tic.mots.go.th/
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
1. มีรายงานข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/ข้อมูลการซื้อขายสมุนไพรระดับจังหวัด (คลัสเตอร์เกษตรฯ) 2. มีเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการเมืองสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา (คลัสเตอร์เกษตรฯ) 3. มีการส่งเสริมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการสมุนไพรในจังหวัด (คลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ) 4. มีการสร้างภาพลักษณ์สมุนไพรผ่านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อาหาร ความงาม และการแพทย์แผนไทย (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์ท่องเที่ยวฯ) 5. สุ่มตรวจรับรองมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรจากเมืองสมุนไพร (COA) (ทุกจังหวัดเมืองสมุนไพร)	1. มีเกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/Organic สมุนไพร ปีละ 50 ราย (คลัสเตอร์เกษตรฯ) 2. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แหล่ง (คลัสเตอร์เกษตรฯ) 3. มีรายงานข้อมูลผู้ประกอบการ/โรงงานสมุนไพร/ข้อมูลการซื้อขายของโรงงานอุตสาหกรรม (คลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ) 4. มีรายงานข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวการท่องเที่ยวและมูลค่าการท่องเที่ยวในจังหวัดเมืองสมุนไพร (คลัสเตอร์ท่องเที่ยวฯ) 5. ส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างความเชื่อมั่นวัตถุดิบสมุนไพรผ่านตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพร (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์เกษตรฯ)	1. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด (กรม พท. และทุกจังหวัดเมืองสมุนไพร) 2. ส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างความเชื่อมั่นผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านนิทรรศการ (กรม พท. ร่วมกับคลัสเตอร์อุตสาหกรรมฯ) 3. มีรายงานข้อมูลจำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพรแปรรูป/ผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัด/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร GI/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรพรีเมียม/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจ (ทุกจังหวัดเมืองสมุนไพร)	1. เมืองสมุนไพรอย่างน้อย 10 จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดของแต่ละคลัสเตอร์ 3 ใน 4 ข้อ (กรม พท.) 2. อัตราการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการบริโภคสมุนไพร ร้อยละ 5 (2,600 ล้านบาท) (กรม พท. ร่วมกับ ก.พาณิชย์) 3. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับการจดแจ้งเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (อย.)

หมายเหตุ : แนบ รายละเอียดแผนการ ดำเนินงาน และงบประมาณ ภาพรวมของจังหวัดเมือง สมุนไพร	หมายเหตุ : แนบรายละเอียด รายงานการประชุมของคณะ กรรมการขับเคลื่อนเมือง สมุนไพรของจังหวัด (ผู้ว่า ราชการจังหวัดเป็นประธาน)		
วิธีการประเมินผล :	เมืองสมุนไพรแบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ดังนี้ 1. คลัสเตอร์เกษตร วัตถุดิบสมุนไพร หมายถึง เมืองสมุนไพรที่มีศักยภาพด้านการใช้ประโยชน์ทาง การเกษตรเพื่อพัฒนาสมุนไพรและวัตถุดิบแปรรูปสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตามความต้องการของ ตลาด ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดอำนาจเจริญ สุรินทร์ มหาสารคาม อุทัยธานี และสกลนคร แนวทางการดำเนินงานคลัสเตอร์เกษตร วัตถุดิบสมุนไพร 1. จัดทำแผนการผลิตและพัฒนามาตรฐาน (GAP/Organic/อื่นๆ) และจัดกลไกธุรกิจชุมชน 2. ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน (GAP/Organic/อื่นๆ) 3. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากกลุ่มเกษตรกรเพิ่มขึ้น 4. รายงานข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/ข้อมูลการซื้อขายสมุนไพรระดับจังหวัด 5. ร่วมผลักดันเกษตรกรในเมืองสมุนไพรเข้าสู่ตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพร (ตลาดไท) ผลลัพธ์ : 1. เป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพของประเทศ 2. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและมีผลิตภัณฑ์แปรรูปจากวัตถุดิบสมุนไพรระดับชุมชน ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์เกษตร วัตถุดิบสมุนไพร (การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์) 1. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้อ้างอิงข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. จำนวนเกษตรกรรายใหม่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/ORGANIC สมุนไพรปีละ 50 ราย/เมืองสมุนไพร 4. จำนวนผลิตภัณฑ์ชุมชนที่แปรรูปจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา 2. คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร หมายถึง เมืองสมุนไพรที่สามารถพัฒนา เพิ่มศักยภาพและ ยกระดับอุตสาหกรรมสมุนไพรตลอดจนผู้ประกอบการสมุนไพรและผลิตภัณฑ์พรีเมียมภายใต้ มาตรฐานคุณภาพระดับสากล ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 4 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครปฐม สระบุรี ปราจีนบุรี และจันทบุรี แนวทางการดำเนินงาน คลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร 1. พัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรเพื่อตอบโจทย์ปัญหาของผู้ประกอบการในพื้นที่ 2. ส่งเสริม ให้คำปรึกษา และอบรมด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรแก่ผู้ประกอบการสมุนไพรผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อาทิ พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ได้คุณภาพมาตรฐาน และส่งเสริมการทำ การตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้ง Online และ Offline เป็นต้น 3. รายงานข้อมูลผู้ประกอบการ/โรงงานสมุนไพร/การซื้อขายของโรงงานอุตสาหกรรมใน ภาคอุตสาหกรรมสมุนไพรระดับจังหวัด 4. พัฒนาผลิตภัณฑ์พรีเมียม หรือ ผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัด หรือ ผลิตภัณฑ์ GI ประจำจังหวัด ผลลัพธ์ : 1. เพิ่มศักยภาพและยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศ 2. มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรระดับพรีเมียมที่ได้มาตรฐานระดับคุณภาพที่ได้สากล		

	ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์อุตสาหกรรมสมุนไพร (การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์) 1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. ผลิตภัณฑ์พรีเมียม/ผลิตภัณฑ์เอกลักษณ์ของจังหวัด/สมุนไพรที่มีศักยภาพสูงทางเศรษฐกิจผ่านการวิจัย อย่างครบวงจร อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ 4. ผู้ประกอบการสมุนไพรได้รับการอบรม/ส่งเสริม/พัฒนา อย่างน้อย 50 คน/เมืองสมุนไพร 3. คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย หมายถึง เมืองสมุนไพรที่มีศักยภาพในการพัฒนาและใช้ประโยชน์สมุนไพรสู่การท่องเที่ยวของจังหวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งกำหนดจังหวัดเมืองสมุนไพร 5 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย พะเยา อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และสงขลา แนวทางการดำเนินงาน คลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย 1. จัดทำแผนพัฒนาเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพวิถีชุมชนเชิงสุขภาพ สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยและสร้างเครือข่ายการท่องเที่ยวโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน 2. พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรต้นแบบจากผลิตภัณฑ์พรีเมียม หรือ ผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัด หรือ ผลิตภัณฑ์ GI ประจำจังหวัดและสอดแทรกในเส้นทางการท่องเที่ยว รวมถึงจัดทำแคตตาล็อกผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพเพื่อร่วมจำหน่ายตามเส้นทางท่องเที่ยวที่กำหนด 3. จัดทำชุดความรู้เส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสมุนไพรเด่นประจำจังหวัด (เพื่อพัฒนาคู่มือการจัดบริการท่องเที่ยวท่องเที่ยวต่อไป) 4. ประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นที่รู้จักในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ วิทยุ และเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น 5. รายงานข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและมูลค่าการท่องเที่ยวในจังหวัดเมืองสมุนไพร ผลลัพธ์ : 1. การนำสมุนไพรบูรณาการสร้างเรื่องราวสนับสนุนการท่องเที่ยวตามจุดท่องเที่ยวและเส้นทางการท่องเที่ยวของจังหวัด 2. พัฒนาผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดเข้าสู่ตลาดการท่องเที่ยวของจังหวัด ตัวชี้วัดเมืองสมุนไพรคลัสเตอร์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทย (การผ่านเกณฑ์นั้นต้องผ่านอย่างน้อย 3 ข้อใน 4 ข้อตามจำนวนของตัวชี้วัดที่มีอยู่ของคลัสเตอร์) 1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 (เทียบมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรปีปัจจุบันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) 2. รายงานข้อมูลมูลค่าการบริโภคสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัด 3. มีรายงานข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและมูลค่าการท่องเที่ยวในจังหวัดเมืองสมุนไพร 4. พัฒนาผลิตภัณฑ์พรีเมียม หรือผลิตภัณฑ์บ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) หรือผลิตภัณฑ์เด่นจากสมุนไพรไม่น้อยกว่า 1 ผลิตภัณฑ์/เมืองสมุนไพร				
เอกสารสนับสนุน :	1. แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2565) 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
		ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 50

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.ญ.มณฑกา อีร์ชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ภก.ณัฐวุฒิ ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. นางสาวอัสพร บุตรดา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-7477 โทรสาร : - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 090-919-4391 E-mail : th.herbalcity@gmail.com เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 080-114-8545 E-mail : th.herbalcity@gmail.com ผู้อำนวยการกองผลิตภัณฑ์สมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-796-1437 E-mail : varavoot@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ภก.ณัฐวุฒิ ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. ภก.ดวงกมล ภักดีสัตยพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-7460 โทรสาร : 0-2590-7478 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-693-8383 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ภก.ณัฐวุฒิ ปราบภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5609 โทรสาร : 0-2149-5609 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 099-467-1110 E-mail : th.herbalcity@gmail.com แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 E-mail : mande.dtam@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย
โครงการที่	31. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ส่วนกลาง
ชื่อตัวชี้วัด	56. ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของสถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ
คำนิยาม	สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (Quarantine) ประกอบด้วย สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ) หมายถึง การกักกันตัวผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่กำหนด ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยใช้สถานพยาบาลภาคเอกชนที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) พร้อมกับการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค/ อาการ/ หัตถการที่นัดหมายเป็นระยะเวลาตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด โดยชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างการรักษาพยาบาลและกักกันตนโดยสมัครใจ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ภายหลังที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยอนุญาตให้อากาศยานทำการบินเข้าสู่ประเทศไทยได้ สถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (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) มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ หมายถึง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานกักกันตัวตามที่รัฐกำหนด และสถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ เป็นไปตามมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) และผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ 8/2563 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 ชาวต่างชาติ หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ประกอบด้วย (1) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) (2) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) (3) นักท่องเที่ยวประเภทพิเศษ (Special Tourist VISA) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ามารับการตรวจรักษาพยาบาลในประเทศไทย และผู้ติดตามของบุคคลดังกล่าว แต่ต้องไม่เป็นกรณีเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลโรคโควิด - 19 ทั้งนี้ ให้จำกัดจำนวนผู้ติดตามได้ไม่เกิน 3 คน และให้ผู้ติดตามเข้ารับการกักกันในสถานพยาบาลเดียวกัน รวมถึงต้องมีระยะเวลาที่อยู่ใน

	ราชอาณาจักร มีระยะเวลาเป็นไปตามประของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือแนวทางที่รัฐกำหนด ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (11) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรตามข้อตกลงพิเศษ (special arrangement) ระหว่างหน่วยงานของรัฐของประเทศไทยกับต่างประเทศหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับอนุญาตจากนายกรัฐมนตรีตามข้อเสนอและการตรวจสอบกลั่นกรองของคณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาผ่อนคลายการบังคับใช้มาตรการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่คณะกรรมการเฉพาะกิจดังกล่าวกำหนด นักท่องเที่ยวประเภทพิเศษ (Special Tourist VISA : STV) หมายถึง นักท่องเที่ยวที่มีศักยภาพเดินทางเข้าราชอาณาจักร ซึ่งจะมีส่วนช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและธุรกิจเกี่ยวเนื่องส่งผลให้เกิดการหมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	-	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสถานที่กักกันตัวในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ) และสถานกักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ) ให้เป็นไปตามมาตรฐานรองรับชาวไทยและชาวต่างชาติตามมาตรการผ่อนคลายของรัฐบาล ตามหลักเกณฑ์ของมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) ตามคำสั่งของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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	สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ = (A/B) x 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	1. คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย 2. แบบประเมินตนเอง สถานพยาบาลรองรับ Alternative Hospital Quarantine (AHQ) สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย 3. 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	<table><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><tr><td>1.สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ)</td><td>แห่ง</td><td>-</td><td>-</td><td>154</td></tr><tr><td>2.สถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ)</td><td>แห่ง</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table> หมายเหตุ : มีการดำเนินการในปี 2563 เฉพาะ AHQ ส่วน WQ จะเริ่มในปี 2564	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	1.สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ)	แห่ง	-	-	154	2.สถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ)	แห่ง	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2563															
1.สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine : AHQ)	แห่ง	-	-	154															
2.สถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine : WQ)	แห่ง	-	-	-															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18403 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร - อีเมล saowapaj@gmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ์ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ 086-9277971 โทรสาร - อีเมล mai111p@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3. นางสาวศรินภา 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 นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-1937000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ 086-9277971 โทรสาร - อีเมล mai111p@hotmail.com สถานที่ทำงาน กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ์ ตำแหน่ง นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ 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. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	57. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์
คำนิยาม	เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยดำเนินงานภายใต้งบประมาณงบบุคลากรพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Service Plan ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากร ทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุข 19 สายวิชาชีพ ดังนี้ 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/นักอาชีวบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด 16) นักจิตวิทยา/จิตวิทยาคลินิก 17) นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 18) นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 19) นักปฏิบัติงานฉุกเฉินการแพทย์/เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 2. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3. การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ ภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการพัฒนาค้น 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. การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำ แผน 1.1 มีแผนพัฒนา บุคลากรของเขต สุขภาพและสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตาม ยุทธศาสตร์ 20 ปี)	1. มีแผนพัฒนา บุคลากรที่ เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence / นโยบายกระทรวง สาธารณสุข	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 1 ที่ระดับ คะแนน 3 ¹	“ระดับคะแนน 3 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวน และศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 9 สาย วิชาชีพ ระดับคะแนน 2 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวน และศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 6 สาย วิชาชีพ ระดับคะแนน 1 หมายถึง แผนพัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวน และศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 3 สาย วิชาชีพ

	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} <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง มี การสร้างความร่วมมือของ สถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง มีการ สร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 แห่ง <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง มีการ สร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/ 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} <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็น ร้อยละ 86 - 100 ตามแผน <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง การ เบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 70 - 85 ตามแผน <u>ระดับคะแนน 1</u> 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} <u>ระดับคะแนน 3</u> หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 86 - 100 ของ เป้าหมาย <u>ระดับคะแนน 2</u> หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 70 - 85 ของเป้าหมาย <u>ระดับคะแนน 1</u> หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม ความต้องการของเขตสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 70 ของ เป้าหมาย

	องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
	5. การประเมินผล กระบวนการบริหาร การจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	1. ปรับปรุง/พัฒนา แนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบ การบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคน	มีเอกสารแผน ปรับปรุงการบริหารจัดการ ระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพครอบคลุม ทั้ง 4 องค์ประกอบ	ผ่านเกณฑ์ใน องค์ประกอบ ที่ 5 ที่ระดับ คะแนน 3 ⁵	⁵ ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีการจัดทำแผน ปรับปรุง/พัฒนาระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ครบถ้วนตามที่กำหนด ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีการจัดทำรายงานผลการประเมินผล กระบวนการ ประเมินผล กระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ/ จังหวัด ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีระบบการ ประเมินผล 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	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการพัฒนา กำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
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:	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด			
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	1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในส่วนภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้ <table><tr><th>เขตสุขภาพ</th><th>จำนวนจังหวัด</th><th>จังหวัด</th></tr><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 พิชญโลก 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></table> 2. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา คุ้มครองรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้ 2.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างสำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ 2.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง 1) ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด 2) ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหาร	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	2	5	ตาก พิชญโลก 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 พิชญโลก 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 : <table><tr><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr><tr><td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)</td><td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)</td><td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66					
ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 (≥ 9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥ 10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)					
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งว่างและการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ						

แหล่งข้อมูล	1. ระบบ HROPS 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอน.)					
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	นายสรเสรีญ 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. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
คำนิยาม	1. ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ได้แก่ 1) รองผู้อำนวยการ 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์ 3) หัวหน้าพยาบาล 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 5) สาธารณสุขอำเภอ 6) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 2. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ 1 จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ 3. บุคลากรที่มีความพร้อม หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติ และ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 4. สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด ดังนี้ 1) สภาวะผู้นำ (Leadership) 2) วิสัยทัศน์ (Visioning) 3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation) 4) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership) 5) การควบคุมตนเอง (Self Control) 6) การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others) 5. การพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น 1) การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล 2) การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก 3) การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-learning ฯลฯ เป็นต้น 6. บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น 7. จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่างตามข้อ 2 8. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับจำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

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
- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ปี 2568:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น - มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น - พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	- วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS - วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2561	2562	2563	
	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสรเรณู นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 1421 E-mail : sansernx@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

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	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการขับเคลื่อนการดำเนินการองค์กรแห่งความสุข ส่ององค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน 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) องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จจะแจ้งเวียนไปยังทุกหน่วยงานเพื่อใช้ประกอบการดำเนินการต่อไป			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 64 มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 1 แห่ง • กรมวิชาการละ 1 แห่ง	ปีงบประมาณ 65 มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 2 แห่ง • กรมวิชาการละ 2 แห่ง	ปีงบประมาณ 66 มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 3 แห่ง • กรมวิชาการละ 3 แห่ง	ปีงบประมาณ 67 มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ • จังหวัดละ 4 แห่ง • กรมวิชาการละ 4 แห่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ส่ององค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน 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 มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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 - จังหวัดละ 1 แห่ง - กรมวิชาการละ 1 แห่ง
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ - จังหวัดละ 2 แห่ง - กรมวิชาการละ 2 แห่ง
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ - จังหวัดละ 3 แห่ง - กรมวิชาการละ 3 แห่ง
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ - จังหวัดละ 4 แห่ง - กรมวิชาการละ 4 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับหน่วยงาน พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข - ระดับกรมวิชาการ (จำนวน 1 แห่ง) - ระดับจังหวัด (จำนวน 1 แห่ง) โดยจัดส่งมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com		
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพองค์กรแห่งความสุข		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	จำนวน	Bright Spot องค์กรแห่ง ความสุข 71 หน่วยงาน	Bright Spot องค์กรแห่ง ความสุข 85 หน่วยงาน	จำนวนองค์กรแห่ง ความสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐาน 1) ระดับเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 2) ระดับจังหวัด ร้อยละ 39.47 3) ระดับกรมวิชาการ/ สป. (ส่วนกลาง) ร้อยละ 77.78
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางธิติภัทร คูหา				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	35. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	61. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	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 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				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค 2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล				

	3. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตราการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย 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><tr><td>ไตรมาสที่ 1</td><td>ไตรมาสที่ 2</td><td>ไตรมาสที่ 3</td><td>ไตรมาสที่ 4</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (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	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4									
ระดับขั้นของความสำเร็จ (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) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่1 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><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><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 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับขั้นของความสำเเร็จ (ระดับ 5)	80	85	90

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับขั้นของความสำเเร็จ (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 วัดระดับขั้นของความสำเเร็จ (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)

ระดับขั้นของความสำเเร็จ (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 <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>82</td><td>87</td><td>92</td></tr></table> การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 24) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 87 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>82</td><td>87</td><td>92</td></tr></table> การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 24) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 92 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>82</td><td>87</td><td>92</td></tr></table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																
			2561	2562	2563																														
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน 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	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 1. แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย 3 แหล่งข้อมูล ดังนี้ 1.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน หมายถึง บุคลากรของแต่ละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้อำนวยการ / หัวหน้า เจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่ทำงานมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี 1.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่เคยมารับบริการ หรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 1.3 เว็บไซต์ หมายถึง เว็บไซต์หลักของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในการสื่อสารต่อสาธารณะ 2. เครื่องมือในการประเมิน ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ 2.1 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2.2 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 2.3 แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล 3.1 แบบ IIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลในระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช. 3.2 แบบ EIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช.

		3.3 แบบ OIT หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตอบคำถามลงในระบบ ITAS ของสำนักงาน ป.ป.ช. สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษาการประเมิน ITA ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ ประกาศผลการประเมินในเดือน กันยายน 2564			
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
					ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์		1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผย ข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ ปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วม ในการประเมินมากขึ้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน จำแนกเป็น 1. ส่วนราชการระดับกรม จำนวน 10 หน่วยงาน 2. หน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน 3. องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน 4. รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 17 หน่วยงาน จัดเก็บ ข้อมูลตามเครื่องมือในการประเมิน 3 เครื่องมือ 3 แหล่งข้อมูล เป็นไปตามปฏิทินการ ประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.			
		ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
		-	-	- ลงทะเบียนเข้าใช้งาน ในระบบ ITAS - นำเข้าข้อมูล IIT EIT และ OIT ในระบบ ITAS	- สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจ และให้คะแนน ประมวลผลคะแนน วิเคราะห์ผลและให้ ข้อเสนอแนะ - สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA (เดือนกันยายน 2564) - ศปท. สธ. รายงานผล คะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

แหล่งข้อมูล	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) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A × 100/ B								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-							
ปี 2561:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-							
ปี 2562:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-							
ปี 2563:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-							
ปี 2564:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>92</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	92
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	92						
วิธีการประเมินผล :	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) ตาม ปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 3 2. สำนักงาน ป.ป.ช. และคณะที่ปรึกษา ดำเนินการตรวจและให้คะแนน ประมวลผล คะแนน วิเคราะห์ผลและให้ข้อเสนอแนะ ช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2564 3 สำนักงาน ป.ป.ช. ประกาศผลคะแนน ITA ในเดือนกันยายน 2564)								

	4. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข รายงานในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในไตรมาสที่ 4				
เอกสารสนับสนุน :	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	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	81.25 (16 หน่วยงาน)	87.5 (16 หน่วยงาน)	88.24 (17 หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุภาวษา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (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				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	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	การตรวจสอบภายใน หมายความว่า กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ การบริหารความเสี่ยง หมายความว่า การนำความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งในระดับส่วนราชการและระดับหน่วยงานมาดำเนินการวิเคราะห์หาระดับของความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการควบคุมในรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในตามแบบ ปค. 5																			
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table><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 :	1) การตรวจสอบภายใน เพื่อให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 ผลการปฏิบัติงานสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับหน่วยรับตรวจและสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการส่งเสริมให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด 2) การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :	ประกอบด้วย กลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1. ระดับส่วนราชการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรม																			

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. รายงานการตรวจสอบและประเมินคุณภาพงานตรวจสอบภายในกลุ่มตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้ตรวจสอบภายในส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานการสื่อสารยืนยันถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และขอบเขตการตรวจสอบ เอกสารการสรุปข้อตรวจพบ กระดาษทำการสรุปผลการตรวจสอบ เป็นต้น								
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1 (ตัวตั้ง) :	A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2 (ตัวหาร) :	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงภายในระยะเวลาที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส 1 – 4 โดยไตรมาส 2 , 3 และ 4 เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</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						
-	-	-	-						

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมินผล การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง รวมทั้งเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือ	ร้อยละ 25 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ 50 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ 75 ของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งกระดาดำการตรวจสอบในเรื่องต่างๆ 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 ประสิทธิผล และบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนด	1
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการ ควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1

หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน

1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม

2.2 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหาร

2.3 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น 21 : การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ

2.4 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79

2.5 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

2.6 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

1) การตรวจสอบภายใน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของส่วนราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินการ ตรวจสอบภายใน	ร้อยละ	-	-	-

2) การควบคุมภายใน
และการบริหารความเสี่ยง

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมินการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2345 โทรศัพท์มือถือ : 09 2909 9595
โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com
สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

ชื่อ - สกุล นางสาวกัลลิดา แสงปรีชา ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 09 5857 5528
โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : pedgrab2014@gmail.com
สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	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 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 ชื่อ - สกุล นางสาวกรรภัทร วันแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2342 โทรศัพท์มือถือ : 06 5551 5591 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : citymio_2526@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 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
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ชื่อ - สกุล นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2345 โทรศัพท์มือถือ : 09 2909 9595 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 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

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	36. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต
ชื่อตัวชี้วัด	64. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 64.1. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง) 64.2 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) 64.3 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง 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 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.กองส่วนกลาง</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.กองส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)
ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2564								
1.กองส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)								
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กองส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	1. กองส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ								
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนกองส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด A2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด A3 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนกองส่วนกลางทั้งหมด (12 กอง) B2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) B3 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (878 แห่ง)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								

เกณฑ์การประเมิน ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ส่วนราชการจัดทำ ลักษณะสำคัญขององค์การ ครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564	1.รายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564	1.รายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบ ออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564	1.รายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบ ออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564
2. ส่วนราชการประเมิน ตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายใน วันที่ 11 มกราคม 2564	2.รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564	2.รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564	2.รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564
3. ส่วนราชการนำโอกาสใน การปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มา จัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนา องค์การหมวดละ 1 จัดส่ง ภายในวันที่ 11 มกราคม 2564			3. ส่วนราชการจัดทำ แผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้ 3.1 แนวทางปฏิบัติหรือ วิธีการและผลลัพธ์การ ดำเนินการ 3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อ พัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบ ออนไลน์ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564
4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัด หมวด 7 ผลลัพธ์การ ดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ และจัดส่งภายใน วันที่ 11 มกราคม 2564			

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน															
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร(แบบฟอร์ม 1)ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564 <table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></table> เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)	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	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564 <table><tr><th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></table> เกณฑ์การให้คะแนน ไม่ครบ 6 หมวด ต่อ 0.50 คะแนน (interval)	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	ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564 <table><tr><th rowspan="2">แผนพัฒนาองค์กร</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></table>	แผนพัฒนาองค์กร	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด							
แผนพัฒนาองค์กร	เกณฑ์การให้คะแนน															
	0.20 คะแนน	1 คะแนน														
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด														
4	■ ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการจัดส่งภายใน 11 มกราคม 2564 <table><tr><th rowspan="2">หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></table>	หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.20 คะแนน	1 คะแนน	ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)							
หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน															
	0.20 คะแนน	1 คะแนน														
ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)														
5	■ ส่วนราชการรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กรและรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564															

	■ ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้ 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><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>ร้อยละความสำเร็จของกองส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>64.83 (8 กอง)</td><td>100 (13 กอง)</td><td>100 (12 กอง)</td></tr><tr><td>ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>94.74 (72 แห่ง)</td><td>97.36 (74 แห่ง)</td><td>100 (76 แห่ง)</td></tr><tr><td>ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>63.21 (555 แห่ง)</td><td>98.74 (867 แห่ง)</td><td>98.86 (868 แห่ง)</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละความสำเร็จของกองส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	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																				
ร้อยละความสำเร็จของกองส่วนกลางที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	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	1. นางสาวรณณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail: oveysuwanna@gmail.com 2. น.ส.อังคนางค์ หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรสาร: 02-5901406 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 E-mail: lkung1038@gmail.com 3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน 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: trekrittka@gmail.com																							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																							

ผู้รับผิดชอบการกรรารายงาน 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	65. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 65.1 ร้อยละจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 65.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 65.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3																					
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 119 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 48 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 740 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 2 มกราคม 2563) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดัง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน																					
เกณฑ์เป้าหมาย																						
<table><tr><td>รายละเอียด</td><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป</td><td rowspan="2">ร้อยละ 80</td><td rowspan="2">ร้อยละ 100</td><td rowspan="2">ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 98</td><td>ร้อยละ 98</td></tr><tr><td>2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต</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></table>		รายละเอียด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98	2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	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 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98																	
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต				ร้อยละ 98	ร้อยละ 98																	
3. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																					

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง
แหล่งข้อมูล	● 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 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุ และอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + 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	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:

- ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 94.00	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 94.00	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 76.00	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00

	เงื่อนไข : 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 119 แห่ง 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 48 แห่ง ประกอบด้วย - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 28 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันโรคผิวหนัง เนื่องจากอยู่ระหว่างทำการในสถานที่ชั่วคราว) 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 740 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 3 มกราคม 2563) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 4. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 + Reaccredit +ขั้น 3 ขอประเมินซ้ำเนื่องจากใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำ (R1, R2 R3 เป็นต้น) ใบรับรองจะหมดอายุและอยู่ในกระบวนการต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ในกระบวนการต่ออายุ 5.ข้อมูลที่ผ่านมา/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)																					
เอกสารสนับสนุน :	● จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><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><tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3</td><td>ร้อยละ</td><td rowspan="2">ร้อยละ 98.78</td><td rowspan="2">ร้อยละ 99.39</td><td>ร้อยละ 100.00</td></tr><tr><td>ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 97.96</td></tr><tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 85.75</td><td>ร้อยละ 88.96</td><td>ร้อยละ 92.33</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 98.78	ร้อยละ 99.39	ร้อยละ 100.00	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 97.96	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 85.75	ร้อยละ 88.96	ร้อยละ 92.33
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2561	2562	2563																		
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 98.78	ร้อยละ 99.39	ร้อยละ 100.00																		
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ			ร้อยละ 97.96																		
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 85.75	ร้อยละ 88.96	ร้อยละ 92.33																		

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นายแพทย์สินชัย ตันติรัตนานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1642 โทรสาร : 02-590-1631 กรมการแพทย์ 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 กรมควบคุมโรค 1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3395 โทรสาร : 02-590-3268 2. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-3347 โทรสาร : 02-590-3268 กรมสุขภาพจิต 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-8207 โทรสาร : 02-149-5533 2. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 02-149-5533 3. นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 02-149-5533
	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 ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : psd.dms.moph@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-454-6561 E-mail : ttfybs@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-6969942 E-mail : psd.dms.moph@gmail.com ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-640-9393 E-mail : jama_pin@hotmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-797-4695 E-mail : trodjana@hotmail.com ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์มือถือ : 086-732-3712 E-mail : burinsura@hotmail.com นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ 090-197-9302 E-mail : standard.dmh@gmail.com Phufa02@gmail.com นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 080-926-3325 E-mail : standard.dmh@gmail.com

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายแพทย์สินชัย ตันศิริตันนันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ 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 ตันศิริตันนันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-1802 2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ 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	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU) 2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาควิชามีส่วนร่วม 4) บุคลากรที่ดี 5) บริการดี 6) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว 3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

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) สสจ. 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) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u> D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2564) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u>
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
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ ผ่าน โปรแกรม zoom 2. เผยแพร่แนวทางการ ดำเนินงานผ่านทางสื่อ ออนไลน์ (youtube) 3. มีคู่มือแนวทาง การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ปี 2564 4. รพ.สต.ประเมิน ตัวเองตามเกณฑ์และ บันทึกข้อมูลในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	1. พี่เลี้ยงระดับเขตศึกษา เกณฑ์ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2564 ผ่านทางสื่อออนไลน์ (youtube) 2. แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด 1 ทีม/ จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/ อำเภอ 3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100 4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบ ข้อมูลการบันทึกการ ประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา	1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) ได้รับการ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับ จังหวัด 2. คณะกรรมการ ประเมินระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะกรรมการ ประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล 4. คณะกรรมการ ประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผล และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในภาพของ จังหวัด 5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมิน มายังสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)

ปี 2565:

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

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><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><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></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	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 025901239 E-mail : swiriya04@yahoo.com 2. พญ.ณภัทร สิริธิดักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน :025901238 โทรศัพท์มือถือ : 0897110421 โทรสาร : 025901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th																			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.ณภัทร สิริธิดักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901238 โทรศัพท์มือถือ : 0874191404 โทรสาร : 025901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th 2. นางเนาวรัตน์ สัจจากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901937 โทรศัพท์มือถือ : 0874191404 โทรสาร :025901239 E-mail : nameong2511g@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																			

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	37. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	67. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับ เลขบัตรประชาชน ดังนี้ 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11 5. ข้อมูลข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

	ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	

วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 (http://spd.moph.go.th/healthdata/) 4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) (http://spd.moph.go.th/healthdata/)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางสาวภคพร สังข์ทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ-สกุล นางสาวภคพร สังข์ทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495, 1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 67 ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟیلด์ ประกอบด้วย

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

และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

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

แสดงตามตารางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ดังนี้

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
2	เลขที่บัตรประชาชน (CID)	เลขประจำตัวประชาชนตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล <u>หมายเหตุ</u> : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	ไม่เป็นค่าว่าง-ตรงตามหลัก Mod 11	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> $CID_1 =$ ร้อยละข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่างตามมิติ <u>ความถูกต้อง</u> $A =$ ข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่าง $B =$ ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด	ตรงตามหลัก Mod 11 กรณีสัญชาติไทย	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรวจสอบจากข้อมูลประชากรสัญชาติไทย โดยมีการเงื่อนไข - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_2 = \frac{A}{B} \times 100$	จำนวนข้อมูลที่มีการรับ-ส่งระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)	ส่วนกลางประมวลผลเรื่องความทันเวลาตาม HDC กระหวางสาธารณสุข

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
						นิยามตัวแปร CID ₂ = ร้อยละข้อมูลที่ต้องตาม เกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ต้องตามเกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมติความสอดคล้อง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด		
9	เพศ (SEX)	1 = ชาย, 2 = หญิง	ตรงตามรหัสมาตรฐาน	เกณฑ์การประเมิน ตรงตามรหัสมาตรฐาน สูตรคำนวณ $SEX_1 = \frac{A}{B} \times 100$	รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน	เกณฑ์การประเมิน รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน (ตรงตามตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ)) สูตรคำนวณ $SEX_2 = \frac{A}{B} \times 100$		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
				นิยามตัวแปร SEX ₁ = ร้อยละข้อมูลเพศ (SEX) ที่ตรงตามรหัสมาตรฐานตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลเพศที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน B = ข้อมูล person ทั้งหมด		นิยามตัวแปร SEX ₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด		
10	วันเกิด (BIRTH)	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : YYYY = ปี ค.ศ., MM = เดือน 2 หลัก 01-12, DD = วันที่ 2 หลัก 01-31 และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี	เกณฑ์การประเมิน เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการ เมื่อเทียบจากวันที่ 1 มกราคมของปี ต้องมีค่าอยู่ระหว่างติดลบ 1 และไม่เกิน 150 สูตรคำนวณ BIRTH₁ = $\frac{A}{B} \times 100$	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี	เกณฑ์การประเมิน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเลขบัตรประชาชน ต้องสอดคล้องกับวันเดือนปีเกิด - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
				<u>นิยามตัวแปร</u> $BIRTH_1$ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกติดตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกติดตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด		- เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <u>สูตรคำนวณ</u> $BIRTH_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> $BIRTH_2$ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกติดตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกติดตามเกณฑ์การประเมินของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความสอดคล้อง B = ข้อมูลเพิ่ม person ที่เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1, 3		

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

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						B = ข้อมูล Person สัญชาติไทย ทั้งหมด		
24	สถานะ/ สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE)	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 = ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $D_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> D1 = ร้อยละข้อมูลที่ต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของ บุคคลนั้น	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มี ข้อมูลของบุคคลนั้น - เชื่อมโยงโดยรหัสสถาน บริการ (HOSPCODE) และทะเบียนบุคคล (PID) <u>สูตรคำนวณ</u> $D_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> D2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้องตาม เกณฑ์การ ประเมินของ สถานะ/สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด		

ระยะเวลาในการประเมินผล

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

เกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ

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

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

2.) ความสอดคล้อง (Consistency) หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด

การคำนวณ: ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

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

3.) ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD ในระหว่างเวลา 3 ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด

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

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

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

การคำนวณ: ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล

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

ระยะเวลาในการประเมินผล

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ($W_i \times M_i$)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 พิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30							
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25							
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30							
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15							
รวม ($\sum W_i$)	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}$)						

หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

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

ผลการประเมิน

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

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

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

ตัวอย่างตารางทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 (จังหวัดทดสอบ : ใช้ข้อมูลจาก HDC Service)

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางศ์) (M_i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 ฟิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30	99.5208					80	$(30 \times 80) = 24$
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25	97.3751				75		$(25 \times 75) = 18.75$
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30	99.6938					80	$(30 \times 80) = 24$
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15	85.8333	50					$(15 \times 50) = 7.5$
รวม ($\sum W_i$)	100		ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\sum(W_i \times M_i)$)					= 74.25

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางศ์) (M _i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 (< 94.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
			Σ W _i					

หมายเหตุ

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

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

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

ผลการประเมิน

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

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

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

(ตัวอย่าง)

สรุปจังหวัดทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 : ใช้ข้อมูลการประมวลผลจาก HDC มีคะแนนรวม 4 มิติ = 74.25 คะแนน ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

- 1. มิติความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)) มีคะแนนรวม = 99.5208 ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1
- 2. มิติความสอดคล้อง (Consistency) มีคะแนนรวม = 97.3751 ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

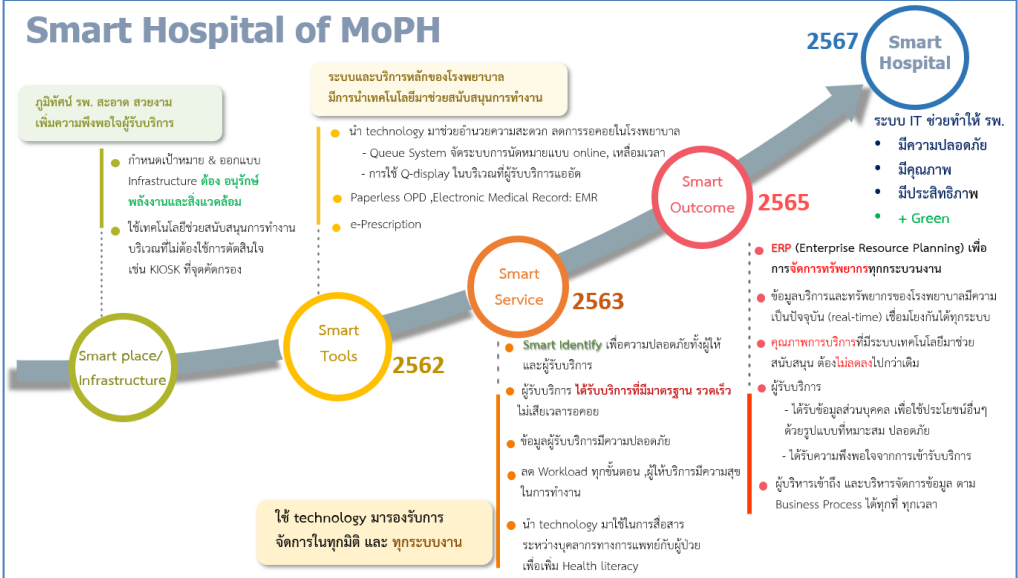
3. มิติความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) มีคะแนนรวม = 99.6938
4. มิติความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless) มีคะแนนรวม = 85.8333

ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

ไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

ข้อเสนอแนะจากตาราง

1. การส่งข้อมูลของหน่วยบริการในทุกมิติให้ถูกต้อง สอดคล้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล มีผลต่อการประเมินผลงานตัวชี้วัดฯ
2. จังหวัดและหน่วยบริการสามารถ Download เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัด(Template) และแนวทางการตรวจสอบได้ที่ <http://spd.moph.go.th/healthdata/>

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	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการให้บริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม  1) Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ 2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัลรูปแบบออนไลน์ 3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการ

บริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียก รับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลาารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

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

5) Smart Hospital

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

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลาารอคอยที่เหมาะสม มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.6 BPM : มีระบบ e-payment 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรับบริการ 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 แทนการเรียกบัตรประชาชน
Smart Tools	2.3 Devices : มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ 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 : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ 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 ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนสิ้นสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 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			

	● เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	● 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	● หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมายที่ 1, 2, 3 รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Smart Hospital ของกองบริหารการสาธารณสุข ● URL http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital														
แหล่งข้อมูล	● เขตสุขภาพ ● สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ● โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค														
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็น Smart Hospital A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น Smart Hospital A3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ที่เป็น Smart Hospital														
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด B3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1 / B1) \times 100$, $(A2 / B2) \times 100$, $(A3 / B3) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)														
เกณฑ์การประเมิน :															
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64</td><td>รอบ 9 เดือน สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64</td><td>รอบ 12 เดือน 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></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64	รอบ 9 เดือน สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64	รอบ 12 เดือน 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 สรุปยอด ณ 31 มี.ค. 64	รอบ 9 เดือน สรุปยอด ณ 30 มิ.ย. 64	รอบ 12 เดือน 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 :	● หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมายที่ 1, 2, 3 รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Smart Hospital ของกองบริหารการสาธารณสุข ● URL http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital														

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID (โปรแกรมเรียกใช้ข้อมูลประชาชนกลางจาก Population Information Linkage Center กรมการปกครอง)				
	2. คู่มือการติดตั้ง Q4U (โปรแกรมจัดการ Queue แจ้งเตือนลำดับเรียกผ่าน H4U app.)				
	3. คู่มือการติดตั้งเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ				
	4. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital				
	• รพ.ระดับ A, S, M1, M2	ร้อยละ	-	-	64
	• รพ.ระดับ F1, F2, F3	ร้อยละ	-	-	46
	• รพ.นอกสังกัด สป.	ร้อยละ	-	-	85
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. เรื่องช่องทางแจ้งเตือนคิวออนไลน์ (กรณีใช้ Q4U ผ่าน H4U)				
	นางกนกวรรณ มาป่อง				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	38. โครงการ Smart Hospital			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	69. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด			
คำนิยาม	บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน			
	ร้านยา หมายถึง ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561			
	การประเมินการดำเนินงาน “ระบบบริการรับยาที่ร้านยา” มี 5 ระดับ ดังนี้			
	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	ปีงบประมาณ 66
จำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 50 แห่ง ผลงาน รพ.สังกัด กสธ. 126 แห่ง		ร้อยละของ รพ. ที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่าน ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 60	ร้อยละของ รพ. ที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่าน ระดับ 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	
ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 20		ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 40		ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 50	
รอบ 12 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 6 เดือน	
ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 60		ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 50		ระดับ 3 ≥ ร้อยละ 40	
2565:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
รอบ 12 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 6 เดือน	
2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
รอบ 12 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 6 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 เกษียรชำนานุกาพิเศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901634 E-mail : naddavo@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ญ.วรรณิตา ศรีสุพรรณ เกษียรชำนานุกาพิเศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901634 E-mail : naddavo@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

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	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการประสิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%	ไม่เกิน 1.5%
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ▪ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ▪ ระบบประกันสังคม (SS) ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีคี่)			
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ			
รายการข้อมูล 1	-อัตราการใช้สิทธิของแต่ละระบบ : CR-UC, CR-SS, CR-CS -อัตราการประสิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ : CR-Total			
รายการข้อมูล 2	ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการประสิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ : Absolute Difference (CR-UC, CR-Total) , Absolute Difference (CR-SS, CR-Total), Absolute Difference (CR-CS, CR-Total)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการประสิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Difference (CR-UC, CR-Total) , Absolute Difference (CR-SS, CR-Total), Absolute Difference (CR-CS, CR-Total) }			
ระยะเวลาประเมิน	สิ้นปีงบประมาณ (ปีคี่)			
เกณฑ์การประเมิน				
	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	ปี	58	60	62		ปี	58	60	62			
	CR-UC	87.58%	87.88%	85.26%		Abs Diff (CR-UC, CR-total)	0.61%	0.68%	0.92%			
	CR-SS	90.34%	84.68%	87.50%		Abs Diff (CR-SS, CR-total)	2.15%	2.51%	1.32%			
	CR-CS	90.06%	86.26%	92.34%		Abs Diff (CR-CS, CR-total)	1.87%	0.94%	6.16%			
	CR-Total	88.19%	87.19%	86.18%		ค่าเฉลี่ย	1.54%	1.38%	2.80%			
ความแตกต่างการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) ปี 2558 ผู้ป่วยใน 88.19% %ความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม (0.61%), (2.15%), (1.87%) ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม 1.54% ปี 2560 ผู้ป่วยใน 87.19% %ความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม (0.68%), (2.51%), (0.94%) ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม 1.38% ปี 2562 ผู้ป่วยใน 86.18% %ความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม (0.92%), (1.32%), (6.16%) ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของแต่ละกองทุนสุขภาพรวม 2.80% ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2562 วิเคราะห์โดย ดร.สุพล สิมวันนานนท์ รายงานโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ												
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ - สกุล กาญจนา ศิริโกมล, วรณา เอียดประพาล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : kanjana.s@nhso.go.th สถานที่ทำงาน สปสช. wanna.e@nhso.go.th											
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ - สกุล กาญจนา ศิริโกมล, วรณา เอียดประพาล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : kanjana.s@nhso.go.th สถานที่ทำงาน สปสช. wanna.e@nhso.go.th											

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)												
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ												
โครงการที่	39. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน												
ระดับการแสดงผล	ประเทศ												
ชื่อตัวชี้วัด	71. ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ												
คำนิยาม	สิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มรายการบริการสุขภาพทั้งหมดที่กำหนดในกฎหมาย ซึ่งอาจกำหนดในรัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายเฉพาะสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์กลาง หมายถึง ชุดสิทธิประโยชน์กลางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 กองทุน มีกลไกการพิจารณาาร่วมกันและเห็นพ้องว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้แนวคิดความคุ้มค่า ความเป็นธรรมและความสามารถในการจ่ายของกองทุน บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ระบบประกันสังคม (สิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วย) และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ หมายถึง การมีสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด 5 ขั้นตอน <table border="1"> <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>จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีการดำเนินการตามแผน เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีร่างรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5.1 ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่างชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”</td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือสนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง	2	จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	3	มีการดำเนินการตามแผน เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	4	มีร่างรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	5	5.1 ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่างชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	จัดเตรียมข้อมูลและประสานงาน หรือสนับสนุนคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง												
2	จัดทำแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ												
3	มีการดำเนินการตามแผน เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ												
4	มีร่างรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ												
5	5.1 ประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ “ร่างชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ”												

		5.2 สังเคราะห์และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ “รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” 5.3 นำเสนอผลการจัดทำ “รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ” ต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข หรือ คณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง 5.4 เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป
--	--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
มีข้อเสนอ เรื่องสิทธิประโยชน์กลาง ผู้ป่วยใน ของ 3 ระบบ	มีข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยใน 3 ระบบ	มีผลการศึกษา รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	มีการประกาศใช้และปรับปรุงสิทธิประโยชน์กลางของ 3 ระบบ

วัตถุประสงค์	เพื่อมีกลไกการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลาง ภายในปีงบประมาณ 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 ข้อเสนอสิทธิประโยชน์กลางเพื่อ จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนสิทธิของ แต่ละกองทุน	3 กองทุน มีการพิจารณาและเสนอแนวทางร่วมในการดำเนินงาน เรื่องสิทธิประโยชน์กลางต่อ คณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์	มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงาน ต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4

		เสริมและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง														
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													
มีแผนและขั้นตอนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	รายงานเบื้องต้น เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	มีร่างรายการชุดสิทธิประโยชน์กลาง การดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	มีผลการศึกษาฉบับสมบูรณ์ รายการชุดสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ													
ปี 2565:																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
			มีการปรับปรุงกลไกการจ่ายที่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ													
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความสำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ 5															
เอกสารสนับสนุน :																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <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> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2561	2562	2563												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายกรกฤษ ลิ้มสมมุติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553 โทรสาร : - ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 09 5551 6996 E-mail : owbnaja@gmail.com															

	2. นางณัฐญาณรณ์ เพชรธีรสวัสดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1557 โทรศัพท์มือถือ : 08 5614 3694 โทรสาร : - E-mail : ning_nong_dond@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสุรีย์พร งามอาจิทธิชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ : 06 5423 9895 โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : khuntum.srp@gmail.com 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	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio :CR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = $\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{สินค้าคงเหลือ}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$ หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4.ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = $\text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$ 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้ 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ 1.1 $CR < 1.5$ 1.2 $QR < 1.0$ 1.3 $Cash < 0.8$ 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) $NI < 0$ 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน *โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าวมาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้ <table> <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								

		1.3 การบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ	ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานปี 2563 : <u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 100 <u>รอบที่ 2</u> ร้อยละ 100 1.3 ร้อยละของหน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผนแบบที่มีความเสี่ยง* (แผนแบบที่ 4, 6, 7) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ผลการดำเนินงานปี 2563 <u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 8.48 <u>รอบที่ 2</u> ร้อยละ 8.26
	มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)	2.1 การบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้และบัญชีรายได้	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้และบัญชีรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 100
	มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพ บริหารด้านการเงินการคลังแก่ เครือข่ายและ บุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3.2 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ	3.1 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80 3.2 ร้อยละของผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80
		3.3 พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ 3.4 พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพแก่ผู้บริหารหน่วยบริการ	3.3 ร้อยละของหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเงินการคลัง เศรษฐกิจสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80 3.4 ร้อยละของผู้อำนวยการโรงพยาบาลใหม่ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80

	มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	4.1 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินของหน่วยบริการในการจัดการด้านประสิทธิภาพ	4.1 กระจายอำนาจให้เขตบริหารจัดการและปรับเกลี่ย ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินของหน่วยบริการ ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6 4.2 เขตมีนวัตกรรมการเงินการเขตละ 1 รูปแบบ ค่าเป้าหมาย : ประเมินผลความสำเร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
	มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	5.1 การควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงาน 5.2 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency) 5.3 การควบคุมกำกับด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Unit cost) 5.4 การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 5.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 5.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 5.4 มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : 1 ระบบ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 8	ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 6	ระดับ 7 $\leq$ ร้อยละ 4 ระดับ 6 $\leq$ ร้อยละ 4	

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	1. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 2. ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (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 ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2565:

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

ปี 2566:

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

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส 1/61	ไตรมาส 1/62	ไตรมาส 1/63	
		ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0.0	
		ไตรมาส 2/61	ไตรมาส 2/62	ไตรมาส 2/63	
		ร้อยละ 0	ร้อยละ 0.1	ร้อยละ 0.0	
		ไตรมาส 3/61	ไตรมาส 3/62	ไตรมาส 3/63	
		ร้อยละ 1.45	ร้อยละ 0.3	ร้อยละ 0.3	
		ไตรมาส 4/61	ไตรมาส 4/62	ไตรมาส 4/63	
		ร้อยละ 4.7	ร้อยละ	ร้อยละ 1.7	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ชื่อ – สกุล นายกรกฤษ ลิ้มสมมุติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1553 โทรศัพท์มือถือ : 09 5551 6996 โทรสาร : E-mail : owbnaja@gmail.com สถานที่ทำงาน กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 2. นางสาวนาวัน อินทเวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชี บริหารและประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1575 โทรศัพท์มือถือ : 08 2400 8154 โทรสาร : - E-mail : higmoph@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสุรีย์พร งามอาจิทธิชัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ : 06 5423 9895 โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : khuntum.srp@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	41. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้ 2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม 3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 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 ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น 4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น 4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่

	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 ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้ 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร 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 ร่วมกันได้โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน 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	

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพให้แก่ หน่วยงานอื่น ปีงบประมาณ 2564 อย่างน้อย 1 แผน	- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานอื่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2564 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูล ปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อม ข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการพิจารณาเชิง นโยบายในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาด้อยอด อย่างน้อย 10 เรื่อง

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข - จัดทำแผนการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพให้แก่หน่วยงาน อื่น ปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 1 แผน	- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้าการ ถ่ายทอดนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานอื่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพตามแผนการ ถ่ายทอดนวัตกรรมฯ - สำรวจจำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ 2565 - ปรับปรุงข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูล ปีที่ผ่านมา	- จัดทำรายงานสรุป พร้อม ข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร (อธิบดี) เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการพิจารณาเชิง นโยบายในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาด้อยอด 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	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 2. นพ.สุรค์เมธ มหาศิริมงคล ผอ.กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 98477 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2965 9771 E-mail: surakameth.m@dmsc.mail.go.th 3. นางสาววรางคณา อ่อนทรง ผอ.กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99014 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2589 9868 E-mail: warangkana.o@dmsc.mail.go.th					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	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 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					

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	41. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	74. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ
คำนิยาม	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 ขอบเขตการดำเนินงาน คือ 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 สถานที่ดำเนินงาน งบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ ผลผลิต/ผลลัพธ์ 6. ออกแบบระบบ (System Designs) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการ แนวทาง 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

		วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้				
		9. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป				
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 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. นำเสนอแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ 2. นำเสนอระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนา นวัตกรรม การบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ 3. นำเสนอระบบกำกับติดตามและประเมินผล	1. การนำแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพไปปฏิบัติ ในพื้นที่จริง 2. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล	1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน	1. สรุปผลการผลดำเนินงาน 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

วิธีการประเมินผล :	1. เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส 2. เขตสุขภาพมีเอกสาร/หลักฐานประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	-
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
					ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองตรวจราชการ 1. นางสุนีย์ สว่างศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901958 โทรสาร : 02-5901482 2. นายจิตชนินทร์ นิยมไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901602 โทรสาร : - 3. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901676 โทรสาร :- กองบริหารการสาธารณสุข 4. นางลินลา ตู้อึ้ง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651 โทรสาร : - 5. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1651 โทรสาร : -	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-33882659 E-mail : sunehealth@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7255199 E-mail : jitchaninn@hotmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-5547770 E-mail : tanuan4@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-751 2948 E-mail : narenthorn201 @gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 092-573 3547 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com
---	--	---

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																														
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901826 2. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 3. ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901387, 1393 กองตรวจราชการ <table border="0"> <tr> <td>1. นางสุนีย์ สว่างศรี</td><td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901958</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 084-33882659</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5901482</td><td>E-mail : suneehealth@gmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นายจิตชนิษฐ์ นิยมไทย</td><td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901602</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 089-7255199</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : -</td><td>E-mail : jitchaninn@hotmail.com</td></tr> <tr> <td>3. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์</td><td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901676</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 084-5547770</td></tr> <tr> <td>โทรสาร :-</td><td>E-mail : tanuan4@gmail.com</td></tr> </table> กองบริหารการสาธารณสุข <table border="0"> <tr> <td>4. นางลินลา ตู้อึ้ง</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 084-7512948</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : -</td><td>E-mail : narenthorn201 @gmail.com</td></tr> <tr> <td>5. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมัตย์</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1651</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 092-5733547</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : -</td><td>E-mail : sudafawongharimat@gmail.com</td></tr> </table>	1. นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901958	โทรศัพท์มือถือ : 084-33882659	โทรสาร : 02-5901482	E-mail : suneehealth@gmail.com	2. นายจิตชนิษฐ์ นิยมไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901602	โทรศัพท์มือถือ : 089-7255199	โทรสาร : -	E-mail : jitchaninn@hotmail.com	3. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901676	โทรศัพท์มือถือ : 084-5547770	โทรสาร :-	E-mail : tanuan4@gmail.com	4. นางลินลา ตู้อึ้ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651	โทรศัพท์มือถือ : 084-7512948	โทรสาร : -	E-mail : narenthorn201 @gmail.com	5. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมัตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1651	โทรศัพท์มือถือ : 092-5733547	โทรสาร : -	E-mail : sudafawongharimat@gmail.com
1. นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ																														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901958	โทรศัพท์มือถือ : 084-33882659																														
โทรสาร : 02-5901482	E-mail : suneehealth@gmail.com																														
2. นายจิตชนิษฐ์ นิยมไทย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ																														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901602	โทรศัพท์มือถือ : 089-7255199																														
โทรสาร : -	E-mail : jitchaninn@hotmail.com																														
3. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ																														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25901676	โทรศัพท์มือถือ : 084-5547770																														
โทรสาร :-	E-mail : tanuan4@gmail.com																														
4. นางลินลา ตู้อึ้ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																														
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-590 1651	โทรศัพท์มือถือ : 084-7512948																														
โทรสาร : -	E-mail : narenthorn201 @gmail.com																														
5. ดร.สุดาฟ้า วงศ์หาริมัตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																														
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1651	โทรศัพท์มือถือ : 092-5733547																														
โทรสาร : -	E-mail : sudafawongharimat@gmail.com																														

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	42. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	75. ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมายและมีการบังคับใช้ 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 พัฒนากฎหมาย ระดับกระทรวง	มีการจัดประชุมหรือแจ้ง คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา กฎหมายระดับกระทรวงและ กำหนดกฎหมายที่จะพัฒนา ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย	มีการจัดประชุมหรือ มีหนังสือกำกับ ติดตามการ ดำเนินการพัฒนา กฎหมาย	มีการจัดประชุมหรือมี หนังสือสรุปผลการ ดำเนินงานพัฒนา กฎหมาย	รายงานผลการ ดำเนินการพัฒนา กฎหมาย ต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ตัวชี้วัดย่อยที่ 75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
ค่านิยาม

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 การแจ้งเบาะแสการกระทำความผิด 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. รพพ. 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	$\frac{\text{จำนวน สสจ. ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด 75.2} \times 100}{\text{จำนวน สสจ. ทั้งหมด}}$		
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 :

ความสำเร็จ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2567		

วิธีการประเมินผล :	75.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนากฎหมาย พิจารณาจากผลสำเร็จในการพัฒนา กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ หน่วยงานภายในกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข 75.2 ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	-	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปิยะวัฒน์ ศิลปรัศมี	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901426	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร : 02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th
	2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด	หัวหน้ากลุ่มปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร : 02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th
	3. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์	นิติกรชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th
	4. นายนายสมชาย ร้าจวน	นิติกรชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th
	5. นางสาวนิยดา เศรษฐวัฒนา	นิติกรชำนาญ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435	โทรศัพท์มือถือ :
	โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th
	6. นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์	นิติกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th	
7. นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์ศิริพงศ์	นิติกรปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th	
8. นายอนุชา กาศลังกา	รองผู้อำนวยการกองกฎหมาย	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901428	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร :02-5901434	E-mail : legal@health.moph.go.th	

	9. นางสาวจุฑารัตน์ กระจกเหลี่ยม 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 สงวนปรารค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 2. นายสมชาย ร้าจวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 3. นางสาวนิยดา เศรษฐวัฒนา โทรสาร :02-5901434 4. นายณัฐพงศ์ เมฆมัยพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901435 โทรสาร :02-5901434 5. นายชวพัฒน์ สัมฤทธิ์ศิริพงศ์ 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 กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

