

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย		
ระดับการแสดงผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดา		
คำนิยาม	<p>- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>- การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ปีงบประมาณ 2562</p> <p>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน</p>	<p>ปีงบประมาณ 2563</p> <p>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน</p>	<p>ปีงบประมาณ 2564</p> <p>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย</p> <p>3. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (ภ1หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน</p> <p>4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดา (รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board) ต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน</p>		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ		

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4					
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2562:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ปี 2563:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
ปี 2564:						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน	- แบบรายงานการตายมารดา CE, หรือแบบรายงาน ก1, หรือแบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) - มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	23.3	24.6	26.6	18.4

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0 2590 4435 โทรศัพท์มือถือ 08 1292 3849 นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ 0 2590 4425 โทรศัพท์มือถือ 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางวรรณชนก ลิมจำรูญ โทรศัพท์ 0 2590 4438 โทรศัพท์มือถือ 08 6546 5561 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
ชื่อตัวชี้วัด proxy :	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า - ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม - ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 - <u>พัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260) - <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

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

หมายเหตุ : เป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินในปี 2562 แต่นำมาแสดงให้เห็นว่ายังมีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที(1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
รายการข้อมูลที่ 6	F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)
รายการข้อมูลที่ 7	G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า
รายการข้อมูลที่ 8	H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $= \frac{B}{A} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า $= \frac{C+D}{B} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม $= \frac{E}{C} \times 100$ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I $= \frac{H}{G} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $= \frac{F}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม)

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1.พัฒนากลไก และระบบการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM

และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.1 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก โดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I

1.2 คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม กระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า

1.3 พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง

1.4 บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์กรความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น

1.5 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็กและจัดบริการคลินิกนมแม่

2.2 ตรวจสอบและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

2.3 รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว

3.1 หน่วยบริการสาธารณสุขให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ฝ้าระวังพัฒนาการ

3.2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.3 สนับสนุนด้านวิชาการให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

Small Success :

3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
<p>1. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง</p> <p>2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>3. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p>	<p>1. บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น</p> <p>2. ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการคัดกรอง กระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี</p> <p>4. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p>	<p>1. รณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>2. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>2. ตรวจสอบการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560</p> <p>3. อัตราการกินนมแม่ของทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน</p> <p>4. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p>	<p>1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</p> <p>1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า</p> <p>1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ</p> <p>1.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p>

วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
---------------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล 4. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิป์วีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือ TEDA4I 6. คู่มือมิสนมแม่ 7. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 8. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
-------------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (HDC 2561)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	80.5	81.4
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (HDC 2561)	16.0	ร้อยละ	12.0	16.0	16.4
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (HDC 2561)	73.3	ร้อยละ	57.0	73.3	77.9
4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I (HDC 2561)	38.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	34.2	38.5
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (HDC 2561)	95.8	ร้อยละ	90.6	95.8	95.5

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า

- เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9)
- มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0

ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์ : 02 – 588 3088 ต่อ 3124 E-mail : teerboon@hotmail.com แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-248 8900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ: 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com นางประภาภรณ์ จังพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 02 590 4433 โทรศัพท์มือถือ : 087 077 1130 โทรสาร : 02 590 4427 E-mail : paporn1@gmail.com นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 590 4405 E-mail : puapat@yahoo.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</p> <p>มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</u> ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2. <u>จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</u> 3. <u>มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้</u> รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้าน

	โภชนาการและสุขภาพช่องปากในบริการเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	1. ร้อยละเด็กสูงตีสมาส่วน	57	60	63	66
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	113 112	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมาส่วน				
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด				
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมาส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$				
ระยะเวลารายงาน	ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนตุลาคม งวดที่ 2 เดือนมกราคม งวดที่ 3 เดือนเมษายน งวดที่ 4 เดือนกรกฎาคม				

เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)			
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 51	ร้อยละ 53	ร้อยละ 55	ร้อยละ 57
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63
ปี 2565 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 63	ร้อยละ 64	ร้อยละ 65	ร้อยละ 66
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) 3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย 		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) 6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 7. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	47.4	49.5	50.7
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109	เซนติเมตร	109.6	110	109.4
	หญิง = 108.6	เซนติเมตร	108.9	109.4	108.7

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางณัฐวรรณ เขาวนัลลิตกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>ตำแหน่ง : รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nutwan65@gmail.com</p> <p>ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>1. นางสาววารภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p> <p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางสาววารภรณ์ จิตอารี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904338 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>ตำแหน่ง : นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th</p> <p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th</p>

โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																																				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																																				
ชื่อตัวชี้วัด	12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																																				
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">ระดับพื้นฐาน</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</th> </tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</th> </tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td> <td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td> <td>4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E: ENERGY</td> <td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td> <td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละมุนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> <tr> <td>N: NUTRITION</td> <td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดี</th> </tr> <tr> <td></td> <td>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดีมาก</th> </tr> <tr> <td></td> <td>13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละมุนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก		9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย		10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	ระดับดี			11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ		12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)	ระดับดีมาก			13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
ระดับพื้นฐาน																																					
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																																					
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																																					
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																																					
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																																				
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																																				
R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก																																				
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																																				
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละมุนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																																				
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																																				
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก																																				
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย																																				
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน																																				
ระดับดี																																					
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ																																				
	12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)																																				
ระดับดีมาก																																					
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน																																				

	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus	
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัด กรมวิชาการ

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 80 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A1+A2+A3+A4)}{B} \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

	$\frac{(A2+A3+A4)}{B} \times 100$ $\frac{(A3+A4)}{B} \times 100$ $\frac{A4}{B} \times 100$	<p>ขึ้นไป</p> <p>= ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป</p> <p>= ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป</p> <p>= ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus</p>
--	--	--

ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4
----------------	--------------------

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 60 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 10

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์

	โทรสาร : 02-5904255 2. นางสาวรุจิรา ไชยดั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316	E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางณิรณช อภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316 2. นางสาวรุจิรา ไชยดั่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316 3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255	หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : a.neeranuch@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4167 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339

โทรสาร 02-590-4163

Email : poppysunko.j@gmail.com

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)						
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด						
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์						
คำนิยาม	<p>มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none">- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล						
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"><tr><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 95</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95					

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “ สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน ”</p> <p>2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัด ในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จังหวัดรายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต</p> <p>2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน</p>
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง/ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและ แรงงานข้ามชาติ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลารายงาน	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสาน หน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้ง ส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด</p> <p>3) มีการพัฒนาระบบการจัดทำรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)</p>	<p>1) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการอบรมเพิ่มพูนทักษะ การปฏิบัติงานของ Care Manager/ Caregiver</p> <p>2) พัฒนาแนวทางการประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>3) มีช่องทางการสื่อสารระบบข้อมูล Long Term Care ผ่านระบบ Digital On line</p> <p>4) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลผ่านระบบ Care Plan ออนไลน์</p> <p>5) มีระบบโปรแกรมการขึ้นทะเบียน ของ Care Manager/ Caregiver ออนไลน์</p>	<p>1) มีแนวทางขับเคลื่อน การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ</p> <p>2) มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ด้วยนวัตกรรม Application และ Digital</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 13 เรื่อง</p> <p>2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน</p> <p>3) มีบัญชี/ทะเบียน นวัตกรรม</p> <p>4) มีรายงานผลการดำเนินงาน Long Term Care ประจำเดือน/รายไตรมาสและรายปี ตามระบบโปรแกรมการรายงานผลการดำเนินงานในระดับ สสจ./ศูนย์อนามัย</p>

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบบองค์รวมและชี้แจง</p>	<p>1) พัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน</p> <p>2) พัฒนาคู่มือ/แนวทางการการอบรมเพิ่มพูน</p>	<p>1) มีแนวทางการดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care”</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและ</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 26 เรื่อง</p> <p>2) มีบัญชี/ทะเบียน นวัตกรรม ที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>3) มีคู่มือ /แนวทางการ</p>

<p>ประสานหน่วยงานภาคี เครือข่าย เพื่อวางแผนการ ดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายใน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุก ระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขต สุขภาพ/จังหวัด 3) มีการพัฒนาระบบ โปรแกรมการรายงาน ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>	<p>ทักษะCare Manager/ Caregiver 3) พัฒนาคู่มือ/แนว ทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community</p>	<p>มาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการ ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>ติดตาม ควบคุม กำกับ คุณภาพหลักสูตรและ ผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถอดบทเรียน เผยแพร่นวัตกรรมและขยาย ผลการดำเนินงานในระดับ นานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/ วิเคราะห์ประมวลผลการ ดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อผู้บริหาร</p>
--	---	--	---

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวแบบองค์รวมและ ชี้แจงประสานหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อวาง แผนการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพ บุคลากร/ภาคีเครือข่ายใน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/ เขตสุขภาพ/จังหวัด</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนว ทางการให้บริการ/ มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ใน รูปแบบออนไลน์ 2) มีการพัฒนาคู่มือ/ แนวทาง การอบรม เพิ่มพูนทักษะ Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์ 3) มีการพัฒนาคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการ เรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญู ดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง (13 แห่ง) 2) มีคู่มือ /แนวทางการ พัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน มาตรฐานหลักสูตรและ มาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการ ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชม.และ 420 ชม. 3) มีระบบแสดงผลผู้ ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่าง น้อย 1 เรื่อง/เขตสุขภาพ 2) มีการจัดทำระบบรายงาน บัญชี/ทะเบียนนวัตกรรม ผ่าน ระบบออนไลน์ 3) มีระบบการติดตาม ควบคุม กำกับคุณภาพ หลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรม และปฏิบัติงานการดูแล ผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ชม. และ 420 ชม. 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>

<p>3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>		<p>Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>ถอดบทเรียน เผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ 5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร</p>
--	--	-----------------------------------	---

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1) มีผลการประเมิน ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบบองค์รวมและชี้แจงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/เขตสุขภาพ/จังหวัด</p> <p>3) มีการพัฒนาระบบโปรแกรมการรายงานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) แบบบูรณาการ</p>	<p>1) มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการให้บริการ/มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในรูปแบบออนไลน์</p> <p>2) มีการพัฒนาคู่มือ/แนวทาง การอบรมเพิ่มพูนทักษะ Care manager/ Caregiver ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีการพัฒนาคู่มือ /แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community และการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>1) มีพื้นที่/แหล่งเรียนรู้ดำเนินงาน”ศูนย์กตัญญูดูแลพ่อแม่ : Day Care” อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 แห่ง (26 แห่ง)</p> <p>2) มีคู่มือ /แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ซม.และ 420 ซม.</p> <p>3) มีระบบแสดงผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager/ Caregiver ผ่านระบบ GIS Map</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการพัฒนาในรูปแบบ Digital/Application อย่างน้อย 2 เรื่อง/เขตสุขภาพ</p> <p>2) มีการจัดทำระบบรายงานบัญชี/ทะเบียนนวัตกรรมผ่านระบบออนไลน์</p> <p>3) มีระบบการติดตามควบคุม กำกับคุณภาพหลักสูตร /ผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตร 70 ซม. และ 420 ซม.</p> <p>4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับนานาชาติ</p> <p>5) มีระบบรายงาน/วิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน Long Term Care ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร</p>

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6 , 9 และ 12 เดือน 					
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager 4. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชม. และ 420 ชม. กระทรวงสาธารณสุข 5. คู่มือและ Application การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “สูงวัย สมองดี” 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ทุกตำบลทั่วประเทศ 1,958 ตำบล (จาก 7,255 ตำบลทั่วประเทศ)	(หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)	(หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)	(หมายเหตุ: เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 3,628 ตำบล)	ทุกตำบลทั่วประเทศ (จาก 7,255 ตำบลทั่วประเทศ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 0 2590 4503 E-mail: kitti.l@anamai.mail.go.th 2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ 0 2590 4509 โทรศัพท์มือถือ 09 7241 9729 E-mail: vimol.b@anamai.mail.go.th 					
หน่วยงานประมวลผล	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย					

และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางรัชณี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396 โทรสาร : - E-mail: rachanee.b@anamai.mail.go.th 2. นางอรวรรณ อ้นนตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4500 โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 3563 โทรสาร : - E-mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	2 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
โครงการ	1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	8.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62 ปีงบประมาณ 63 ปีงบประมาณ 64

	(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
ตัวชี้วัดย่อย	10.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 10.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
คำนิยาม	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับRPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ</p> <p>2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ตัวชี้วัด	2562	2563	2564
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	\leq ร้อยละ 2.05	\leq ร้อยละ 1.95	\leq ร้อยละ 1.85
	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	\geq ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>2. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3</p> <p>2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			

	2.กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A1/B1) \times 100$ 2. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(A2/B2) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายถึง : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	-	-	-	≤ ร้อยละ 2.05
อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 90
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 30
หมายเหตุ : *คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ				
1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่				
2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม ² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปีด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)				
3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี				
** วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ				
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC			
เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบ	

	วัด	ปีงบประมาณ				
		2558	2559	2560	2561	
	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	1.80	1.89
	2.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	-	-	-	26.80
<p>ที่มา : 1.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 กันยายน 2561</p> <p>2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2561</p>						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Sasitth@gmail.com				
	2.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jurekong@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน					
	1.นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964	หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com				
	2. นางสาววรัญญา ผกาผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com				
	3.นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : maymmay2343@gmail.com				
	4.นางสาวรุ่งนภา ลั่นอรัญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-59039688	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : rukmoei@hotmail.com				
	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน					

	<p>1. นางสาวณัฐฉิรพรรณ พันธุ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>2. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>3. นางสาวอัสติน่า อุดหนุน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903987 โทรสาร : 02-5903986</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : alissara2559@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : isteena_143@hotmail.com</p>
--	--	---

ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
อย. ยังไม่ส่ง!!!!

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	9. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <p> ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ</p> <p> ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร</p> <p> ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น</p>

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :	<p>ปี 2562 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 90) ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย</p> <p>ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)</p> <p>ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)</p> <p>ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)</p>
--------------------	--

ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	<p>ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้บริหาร หมายถึง นพ.สสจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร ในปีงบประมาณ 2561 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ) หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน 	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชั่วโมง)
2	<p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด สามารถเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> ตารางการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์ รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิด

		<p>โรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) ทุกสัปดาห์</p> <p>3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด</p> <p>หมายเหตุ : นับเป็นปีงบประมาณ</p>
3	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	<p>- รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอย่างน้อย 2 ฉบับ</p>
4	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ หรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)	<p>1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>2. หรือ มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP</p> <p>3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC</p>
5	จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)	<p>ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)</p>
	<p>หมายเหตุ : หน่วยงานในระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด ถึงระดับอำเภอ)</p>	
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์	

	<p>ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)</p> <p>2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</p> <p>3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง</p>				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ</p>		
	<p>ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง</p>	<p>ระดับ</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>	<p>2561</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5903155 โทรศัพท์มือถือ : 082 658 4885</p> <p>2. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโภาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903238 โทรศัพท์มือถือ : 083 831 8999 โทรสาร : 02-5903812 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>3. น.ส.ธัญชา ไทยชนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903092 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 โทรสาร : 02-5903812 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p> <p>4. น.ส.วัชรารภรณ์ ยุกุลเขต นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903157 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903812 E-mail : vacharapornaun@gmail.com</p>				
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค</p>				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโภาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 083 831 8999 โทรสาร : 02-5901784 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>2. น.ส.ธัญชา ไทยชนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 090 706 6550 โทรสาร : 02-5901784 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p> <p>3. น.ส.วัชรารภรณ์ ยุกุลเขต นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903157 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5903812 E-mail : vacharapornaun@gmail.com</p>				
<p>หมวด</p>	<p>Promotion, Prevention & Protection Excellence</p>				

วัตถุประสงค์	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)		
พื้นที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น		
ระดับการดำเนินงาน	จังหวัด		
ผลที่คาดหวัง	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		
เป้าหมาย	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน		
วัตถุประสงค์เป้าหมาย (อัตราต่อพัน)	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	38	36	34
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
ประชากรเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
การคำนวณข้อมูล	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)		
การคำนวณข้อมูล	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)		
ตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000		
การคำนวณข้อมูล (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 2561 X 4		

	ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4
ร.ค. จำนวน ชี้วัด 2	AXB

แผนการประเมิน :
562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
38	38	38	38
Small success			
ส่วนกลาง			
1. มีการประชุม คณะอนุกรรมการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น 2. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น 3. มีการจัดทำแผนการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 2. มีการติดตามการ ดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร 3. สนับสนุนการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ระดับเขต/จังหวัดเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในระดับเขตสุขภาพ ผ่าน กลไกคณะกรรมการ ระดับชาติ	1. กฎกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้อ.พ.ร.บ. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้ 2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริม ความรู้และทักษะชีวิตให้แก่ วัยรุ่นและเยาวชน 3. มีการประชุมเชิง ปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น	1. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการรายงานผลการ ดำเนินงานขับเคลื่อนการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. มีผลการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ ครอบครัวเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)			
1. คณะอนุกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ	1. ประสานงานและสนับสนุน การจัดประชุมอนุกรรมการ	1. มีการเยี่ยมประเมินและ รับรองโรงพยาบาลตาม	1. มีการจัดประชุม คณะอนุกรรมการป้องกัน

<p>ตั้งครรภในวัยร่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครมีการประชุมหรือมีการกำหนดแผนการประชุมประจำปี 2562</p> <p>2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่นในระดับจังหวัด</p> <p>3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p> <p>4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยร่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่น</p>	<p>การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่นและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของอนุกรรมการฯ</p> <p>2. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่นในระดับเขต</p> <p>3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยร่น</p> <p>4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภในวัยร่น</p>	<p>มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>2. มีการขยายบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยร่นหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3. มีการขยาย อปท.ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่น</p> <p>4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครรภที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด</p>	<p>และแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่นในระดับจังหวัดจำนวน 2 ครั้ง</p> <p>2. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่นระดับจังหวัด</p> <p>3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p> <p>4. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย</p>
--	--	--	---

อำเภ/รพช./รพท./รพศ.

<p>1. คณะกรรมการพัฒนานาคุณภาพชีวิตระดับอำเภ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยร่น</p> <p>2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหการ</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยร่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ใน</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยร่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ใน</p>	<p>1. วัยร่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง</p> <p>2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการและ</p>
--	--	--	---

<p>ตั้งครรภในวัยรุน ไวใน แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ 3. มีแผนการจัดหาเวชภัณฑ์ การให้บริการคุมกำเนิดหลัง คลอดหรือหลังแท้งให้แก่ วัยรุนอย่างเพียงพอ พร้อม สำหรับให้บริการ</p>	<p>รูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p>	<p>รูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การ จัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p>	<p>อำเภอผ่านเกณฑ์การ ประเมินอำเภออนามัย การเจริญพันธุ์ได้ตาม เป้าหมาย</p>
--	---	--	---

563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
36	36	36	36

564 :

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

ระยะเวลา ประเมินผล	<p>รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)</p> <p>รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562-กรกฎาคม 2562) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)</p>
มาตรการ สำคัญ	<p>มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล ให้บรรลุผล : PIRAB (P=Partnership, I=Investment, R=Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p> <p>P=Partnership /R=Regulation:</p> <ol style="list-style-type: none"> เร่งรัดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2560-2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการระดับชาติ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง ภาคราชการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม เร่งรัดการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภในวัยรุนระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภในระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด <p>Building capacity:</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุน รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติงานบริการวัยรุนระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ <p>Investment:</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภซ้ำในแม่วัยรุน โดยเฉพาะในด้านการได้รับบริการให้คำปรึกษา

วางแผนครอบครัวหลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดพร้อมสำหรับการให้บริการ

P=Partnership

5. ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพในการให้บริการวัยรุ่นตามมาตรฐานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำนาจการเจริญพันธุ์

Advocacy:

6. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ

รายละเอียด มูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (อัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	44.8

ข้อมูล วิชาการ สถานงาน ชี้วัด	1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com 2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
--	---

หน่วยงาน
ประมวลผล
จัดทำ
มูล
ดับ
(กลาง)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ผลิตขอ รายงาน การ นิพนงาน	1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 โทรสาร : 02-5904163 E-mail : am-piyarat@hotmail.com 2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู นักวิชาการคอมพิวเตอร์
--	---

และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4504 โทรสาร : -	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 09 9616 5396 E-mail: rachanee.b@anamai.mail.go.th
	2. นางอรรณวณี อนันตรสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4500 โทรสาร : - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1454 3563 E-mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนที่	2 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
โครงการ	1 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	8.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ		
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64

	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
เกณฑ์ประเมิน				
ปี 2562				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	-มีคณะทำงาน วางแผน กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด -มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60	
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับ			

	จังหวัดและเขต ร้อยละ 60			
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2559	2560
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1239 E-mail : yyt2508@gmail.com 2. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1239 E-mail : swiriya04@gmail.com 3. นพ.ธีรพงษ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1761 โทรศัพท์มือถือ : 087150 3030 โทรสาร : 0 2590 1802 E-mail : ttunakh@gmail.com 4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐม ภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ กองบริหารการสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901939 โทรศัพท์มือถือ : 0817333082 โทรสาร : 025901938 E-mail : jchanohet@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว			

	<p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901743 โทรสาร : 025901641 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางสมสินี เกษมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901630 โทรสาร : 025901641 กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>4. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรสาร : 02 590 1239 สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0898296454 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0817472052 E-mail : somnee@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0811316800 E-mail : auam2702@gmail.com</p>
--	---	--

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ60 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

1. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็น โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาควิชาส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพ สำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), <u>ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน</u> และ/หรือ <u>ทีมข้ามสายงาน</u> (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทาง การรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ <i>felt need</i> (เช่น การรักษาฟันผุ)และ <i>unfelt need</i> (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย <u>ร่วมรับรู้ ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ</u> ในงานที่ <u>หลากหลายและ</u> <u>ขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น</u>	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้านสุขภาพ</u> <u>อย่างเป็นระบบกับ</u> <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> และมีการขยายวงได้ <u>ค่อนข้างครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ</u> และมีการ <u>ทบทวน เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> <u>มีส่วนร่วมให้</u> <u>เหมาะสมมากขึ้น</u>	ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ <u>ที่ชัดเจน หรือเริ่ม</u> <u>ดำเนินการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความพึงพอใจของ</u> <u>บุคลากร</u>	มีการขยายการ <u>ดำเนินการตาม</u> <u>แนวทางหรือวิธีการ</u> <u>ในการดูแล พัฒนา</u> <u>และสร้างความพึง</u> <u>พอใจของบุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่ละ</u> <u>หน่วยงาน หรือในแต่ละ</u> <u>ระดับ</u>	ดำเนินการตามแนวทาง <u>หรือวิธีการดูแลพัฒนา</u> <u>และสร้างความพึงพอใจ</u> <u>และความผูกพัน</u> (engagement) ของ <u>บุคลากรให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u>	<u>เครือข่ายสุขภาพมี</u> <u>การเรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความผูกพันของ</u> <u>บุคลากรให้สอดคล้อง</u> <u>กับบริบท</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากร</u> <u>มีความสุข ภูมิใจ</u> <u>รับรู้คุณค่าและเกิด</u> <u>ความผูกพันในงาน</u> <u>ของเครือข่ายบริการ</u> <u>ปฐมภูมิ</u>	ความผูกพัน (engagement) <i>หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร</i>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน	มีการ <u>ดำเนินการร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ใน บางประเด็น หรือ บางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร <u>ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม</u> ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ	มีการ <u>ทบทวนและปรับปรุงการจัดการ</u> ทรัพยากร และ <u>พัฒนาบุคลากร</u> ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมายของ <u>เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน)</u> และมีการใช้ <u>ทรัพยากรจากชุมชน</u> ส่งผลให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ <i>ความรู้ รวมทั้งข้อมูล</i> ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ <u>จัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น</u> ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความ ต้องการของผู้รับ บริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มี ปัญหาสูง</u>	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตาม ความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ <u>ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณา การร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	<i>Essential Care</i> หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ <u>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u>

โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับการวัดผล	เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย</p> <p>Staff</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักรักษาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย <p>System</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล <p>Structure - ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในหรือนอกสถานบริการ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม</td> <td>ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)	ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)	ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	ร้อยละ 24 (1,560 ทีม)	ร้อยละ 32 (2,080 ทีม)	ร้อยละ 40 (2,600 ทีม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน											
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = 364 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน 806 ทีม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		ทีม ใหม่ 50 %		ทีมสะสม 1,170 ทีม	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ทีมสะสม 1,560 ทีม	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ทีมสะสม 2,080 ทีม	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 0.78 %	เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 9.17%	เปิดดำเนินการได้ 806 ทีม คิดเป็น 12.4%
จำนวนทีมที่คิดร้อยละ บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (6,500 ทีม)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง		รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939 โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559 โทรสาร :02-5901939 E-mail : k.tewtong@yahoo.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง		รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว		

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939</p> <p>โทรสาร :02-59019398</p> <p>2. นางจรรุณี จันทรเพชร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901939</p> <p>โทรสาร :02-59019398</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559</p> <p>E-mail : k.tewtong@yahoo.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ</p> <p>คลินิกหมอครอบครัว</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8767559</p> <p>E-mail : jchanphet@gmail.com</p>
--	--	---

แผนที่	11.การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	47.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 -69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80ขึ้นไป เท่ากับ 5ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100
2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
Accreditation	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
Re-accreditation	-	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 61 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 62 ร้อยละ 100	ที่ผ่าน 5 ดาว ปี 63 ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,820 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ในปี 2560 และ ปี 2561)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม) B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว(สะสม) C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว (สะสม)
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (9,806 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3-4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก) 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2562	1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 2. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 80 (สะสม)

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพรพ.สต. ติด ดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติด ดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	4,987 แห่ง	ร้อยละ	2559 -	2560 17.13
			2561 50.85	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901937			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
------	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	16.อัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกซเรย์ที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบ</p>

	<p>แผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>	<table border="1" data-bbox="416 394 1158 510"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 394 663 450">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="663 394 911 450">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="911 394 1158 450">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 450 663 510">85</td> <td data-bbox="663 450 911 510">85</td> <td data-bbox="911 450 1158 510">85</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	85	85	85
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
85	85	85					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)</p>						
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562</p>						
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)</p>						
<p>2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)</p>						

	<p>คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561– 30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> ■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) ■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมา นับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบ ดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรค และแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562-2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ร้อยละ 85

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ
แนวทางการประเมินผล

1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค)

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศ

2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่

3 ระดับจังหวัด

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
- 2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
อัตราความสำเร็จ การรักษาวัณโรค ปอดรายใหม่**	ร้อยละ	82.8	84.2	84.4

หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค

1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187

โทรสาร : 0 2212 5935

ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค

โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710

E-mail : phalin1@hotmail.com

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมาย
อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2562

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

หมายเหตุ

- ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระยะเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2560) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCMN วันที่ 19 สิงหาคม 2561 ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2561.

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

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

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

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

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น ซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วย วัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้น ทะเบียนรักษา ปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
ประเทศ	66,188,503	103,254	77,376	74.9	85,185
กรุงเทพมหานคร	5,682,415	8,865	8,674	97.9	7,313
จังหวัดกระบี่	469,769	733	394	53.8	605
จังหวัดกาญจนบุรี	887,979	1,385	1,050	75.8	1,143
จังหวัดกาฬสินธุ์	986,005	1,538	1,304	84.8	1,269
จังหวัดกำแพงเพชร	729,133	1,137	780	68.6	938
จังหวัดขอนแก่น	1,805,910	2,817	2,507	89.0	2,324
จังหวัดจันทบุรี	534,459	834	659	79.0	688
จังหวัดฉะเชิงเทรา	709,889	1,107	726	65.6	914
จังหวัดชลบุรี	1,509,125	2,354	2,967	126.0	1,942
จังหวัดชัยนาท	329,722	514	241	46.9	424
จังหวัดชัยภูมิ	1,139,356	1,777	1,491	83.9	1,466
จังหวัดชุมพร	509,650	795	537	67.5	656
จังหวัดเชียงราย	1,746,840	2,725	1,423	52.2	2,248
จังหวัดเชียงใหม่	1,287,615	2,009	1,510	75.2	1,657
จังหวัดตรัง	643,072	1,003	538	53.6	828
จังหวัดตราด	229,649	358	285	79.6	296
จังหวัดตาก	644,267	1,005	848	84.4	829
จังหวัดนครนายก	259,342	405	352	87.0	334
จังหวัดนครปฐม	911,492	1,422	873	61.4	1,173
จังหวัดนครพนม	718,028	1,120	664	59.3	924
จังหวัดนครราชสีมา	2,639,226	4,117	2,626	63.8	3,397

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น ซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วย วัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้น ทะเบียนรักษา ปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัด นครศรีธรรมราช	1,557,482	2,430	1,502	61.8	2,004
จังหวัดนครสวรรค์	1,065,334	1,662	1,052	63.3	1,371
จังหวัดนนทบุรี	1,229,735	1,918	1,885	98.3	1,583
จังหวัดนราธิวาส	796,239	1,242	610	49.1	1,025
จังหวัดน่าน	479,838	749	422	56.4	618
จังหวัดบึงกาฬ	423,032	660	432	65.5	544
จังหวัดบุรีรัมย์	1,591,905	2,483	1,510	60.8	2,049
จังหวัดปทุมธานี	1,129,115	1,761	848	48.1	1,453
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	543,979	849	773	91.1	700
จังหวัดปราจีนบุรี	487,544	761	764	100.5	627
จังหวัดปัตตานี	709,796	1,107	628	56.7	914
จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	813,852	1,270	687	54.1	1,047
จังหวัดพะเยา	477,100	744	570	76.6	614
จังหวัดพังงา	267,491	417	339	81.2	344
จังหวัดพัทลุง	524,857	819	460	56.2	675
จังหวัดพิจิตร	541,868	845	531	62.8	697
จังหวัดพิษณุโลก	865,368	1,350	955	70.7	1,114
จังหวัดเพชรบุรี	482,375	753	431	57.3	621
จังหวัดเพชรบูรณ์	995,331	1,553	1,006	64.8	1,281
จังหวัดแพร่	447,564	698	488	69.9	576
จังหวัดภูเก็ต	402,017	627	978	155.9	517
จังหวัดมหาสารคาม	963,072	1,502	1,368	91.1	1,239
จังหวัดมุกดาหาร	350,782	547	359	65.6	451

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น ซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วย วัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้น ทะเบียนรักษา ปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	279,088	435	187	43.0	359
จังหวัดยโสธร	539,542	842	641	76.2	694
จังหวัดยะลา	527,295	823	515	62.6	679
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,307,911	2,040	1,434	70.3	1,683
จังหวัดระนอง	190,399	297	259	87.2	245
จังหวัดระยอง	711,236	1,110	1,014	91.4	915
จังหวัดราชบุรี	871,714	1,360	761	56.0	1,122
จังหวัดลพบุรี	757,273	1,181	792	67.0	975
จังหวัดลำปาง	746,547	1,165	800	68.7	961
จังหวัดลำพูน	405,918	633	366	57.8	522
จังหวัดเลย	641,666	1,001	525	52.4	826
จังหวัดศรีสะเกษ	1,472,031	2,296	2,071	90.2	1,895
จังหวัดสกลนคร	1,149,472	1,793	933	52.0	1,479
จังหวัดสงขลา	1,424,230	2,222	1,965	88.4	1,833
จังหวัดสตูล	319,700	499	239	47.9	411
จังหวัดสมุทรปราการ	1,310,766	2,045	1,803	88.2	1,687
จังหวัดสมุทรสงคราม	193,902	302	177	58.5	250
จังหวัดสมุทรสาคร	568,465	887	1,403	158.2	732
จังหวัดสระแก้ว	561,938	877	734	83.7	723
จังหวัดสระบุรี	642,040	1,002	852	85.1	826
จังหวัดสิงห์บุรี	210,088	328	204	62.2	270
จังหวัดสุโขทัย	599,319	935	622	66.5	771
จังหวัดสุพรรณบุรี	852,003	1,329	816	61.4	1,097
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,057,581	1,650	1,140	69.1	1,361
จังหวัดสุรินทร์	1,397,180	2,180	2,069	94.9	1,798

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2562 ความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น ซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2561*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วย วัณโรค(156 ต่อแสน ปชก.)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้น ทะเบียนรักษา ปี 2561**	ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาของปี 2561	
	1	2	3	4=3/2	
จังหวัดหนองคาย	521,886	814	570	70.0	672
จังหวัดหนองบัวลำภู	511,641	798	474	59.4	658
จังหวัดอ่างทอง	281,187	439	239	54.5	362
จังหวัดอำนาจเจริญ	378,107	590	332	56.3	487
จังหวัดอุดรธานี	1,583,092	2,470	1,658	67.1	2,037
จังหวัดอุดรดิตถ์	457,092	713	463	64.9	588
จังหวัดอุทัยธานี	329,942	515	288	56.0	425
จังหวัดอุบลราชธานี	1,869,633	2,917	1,983	68.0	2,406

หมายเหตุ

* ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย
ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่
7 ตุลาคม 2561

** ฐานข้อมูล TBCM online ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2561

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	17.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

คำนิยาม

RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพพระตำบ่อำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2

- RDU 1 หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย

- RDU 2 หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้อย่างปฏิบัติตัวอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้

▪ **RDU ขั้นที่ 1** หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)
<ol style="list-style-type: none">อัตราการสั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนดการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

▪ **RDU ขั้นที่ 2** หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<ol style="list-style-type: none">ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัดการใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ 10การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

	mechanical heart valve)	
--	-------------------------	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 3 80%
RDU ชั้นที่ 2 20%		RDU ชั้นที่ 3 20%	

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1 (RDU)	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 1 A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2
รายการข้อมูล 2 (RDU)	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU ชั้นที่ 1 = $(A1/B) \times 100$ RDU ชั้นที่ 2 = $(A2/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ))

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
RDU ชั้นที่ 1 $\geq 80\%$	RDU ชั้นที่ 1 $\geq 85\%$	RDU ชั้นที่ 1 $\geq 90\%$	RDU ชั้นที่ 1 $\geq 95\%$
RDU ชั้นที่ 2 $\geq 10\%$	RDU ชั้นที่ 2 $\geq 10\%$	RDU ชั้นที่ 2 $\geq 15\%$	RDU ชั้นที่ 2 $\geq 20\%$

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
	RDU	ร้อยละ	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49	RDU ชั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 9.51 (ข้อมูล 9 เดือน) (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพทมือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)</p> <p>2. ญญ.นุชรินทร์ โตมาชา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพทมือถือ : 061-7317779 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : nuchy408@gmail.com สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ตัวชี้วัด RDU)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ญญ.สุรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพทมือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ		
โครงการที่	3.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		
คำนิยาม	<p>AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)</td> </tr> <tr> <td> <p>1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)</p> <p>(1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การ</p> </td> </tr> </table>	กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)	<p>1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)</p> <p>(1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การ</p>
กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)			
<p>1 กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)</p> <p>(1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การ</p>			

	<p>สนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน</p>
	<p>2 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>(1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibioqram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (7) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (8) นำเสนอสรุปรายงานการพบเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา (9) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (10) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (11) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทย์ฯ สคร.</p>
	<p>3 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</p> <p>(๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (4) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (5) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (6) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (7) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (8) การติดตามปริมาณการใช้ยา ทั้งภาพรวมและเฉพาะกลุ่มยา เช่น Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI), Colistin (9) มีการติดตามมูลค่าการใช้ยา (10) การมีสรุปรายงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยา</p>
	<p>4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>(1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตามวิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p>
	<p>5 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการ</p>

	<p>ของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ</p> <p>โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)		การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 % จาก baseline ปี 60

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	AMR: โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	AMR ^{ชั้น} Intermediate $\geq 10\%$		AMR ^{ชั้น} Intermediate $\geq 20\%$

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

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม

		เหตุผล			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2559	2560	2561
		AMR	ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพทมือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)</p> <p>2. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพทมือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)</p> <p>3. นางวารภรณ์ เทียนทอง โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพทมือถือ : 081-3465980 โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (RDU)</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. ญญ.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5907392 โทรศัพทมือถือ : โทรสาร : 02-5918486 E-mail : swech@fda.moph.go.th กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ญญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพทมือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com</p>				

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และ สาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่ได้กายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	15.ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
ตัวชี้วัดย่อย	<p><u>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</u></p> <p>15.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p>15.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <p>15.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p><u>การรักษาใน Stroke Unit</u></p> <p>15.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p><u>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม</u></p> <p>15.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>15.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p>
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	<p>1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Lagging Indicator)</p> <p>1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <p>1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <p>1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <p>2. การรักษาใน Stroke Unit (Leading Indicator)</p> <p>2.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Leading Indicator)</p> <p>3.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>3.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p>

คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
คำนิยาม	<p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)
	<p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

	<p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)</p>
	<p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับการผ่าตัดนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น</p>

เกณฑ์เป้าหมาย:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
การรักษาใน Stroke Unit	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที (door to operation room time)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที	

(door to operation room time)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2563:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2564:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	-	มากกว่าหรือเท่ากับ	-	มากกว่าหรือ

(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit		ร้อยละ 55		เท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

small success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit - %SU≥35, %DTN ≥40, %DTOR≥50 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบ/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ - %SU≥40, %DTN ≥50, %DTOR≥60 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

วิธีการประเมินผล :

- รายงาน ตก.2
- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

สำนักนิตยระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Base line	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
-----------	----------	------------------------------------

	data	2557	2558	2559	2560	2561
	3.43 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	-	-	-	3.84
	22.28 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	-	-	-	22.37
	8.15 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	17.1	9.9	8.3	9.1	8.22
	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	-	-	-	-
	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	-	-	-	-
	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502					

	<p>ต่อ 2408 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p> <p>3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 ต่อ 1138 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p> <p>2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>

ผลการดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
----------------	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	25.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด 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

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 โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด 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 การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้

5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราการอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

<p>เกณฑ์เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis</p>			
	<p>ปีงบประมาณ 62</p> <p>< ร้อยละ 30</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p> <p>< ร้อยละ 28/50</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p> <p>< ร้อยละ 24/48</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>		
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p>		
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน</p>		
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p>		
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น</p>		
<p>รายการข้อมูล 3</p>	<p>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น</p>		

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	$(A+B+C) / D \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (ทุก 6 เดือน)

เกณฑ์การประเมิน :

- มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และ ร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และ ร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และ ร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และ ร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic 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 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :	<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="509 430 1502 716"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40</td> <td>สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> <td>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10</td> <td>ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	1	2	3	4	5		สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20
คะแนน	1	2	3	4	5													
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20													
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย																	
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>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>34.79</td> <td>32.03</td> <td>34.65</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2559	2560	2561	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2559	2560	2561														
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พจน์ อินทลาภาพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี โทรศัพท์มือถือ : 081- 612 5891 E-mail : drpojin@yahoo.com</p> <p>2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081- 596 8535 E-mail :mr.sepsis@yahoo.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก</p> <p>3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E-mail :crisis27@gmailcom</p>																	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p>																	

	<p>โทรสาร 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>โทรสาร 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com</p> <p>3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59</p> <p>โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
--	---

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 hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

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

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

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

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

Platelet count $<100,000$ μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

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

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ท่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยกคะแนนความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่มักจะเกิดขึ้น	ตื่นดี บุคคลผู้เรื่อง	ซึม แค่เรียกแล้วลืม ตาสีมถือ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกรู้ตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
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

Criteria	Point Value
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

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

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)

ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

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

หมายเหตุ :

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

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

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

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรก หลังวินิจฉัย

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

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

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

	โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. นายวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์
--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

	<p>1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2</p>	<p><u>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</u></p> <p>2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100</p> <p>2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3</p>	<p><u>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</u></p> <p>3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดการบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI” หมายถึง การ</p>

	เปลี่ยนแปลงของ หน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64

	ร้อยละ 80	-	-
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนา คุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>HDC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT 		
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด		

รายการข้อมูล ตัวชีวิตจริง

ตัวชีวิตจริง ตัวที่ 1.1	ตัวชีวิตจริง ตัว ที่ 1.2	ตัวชีวิตจริง ตัวที่ 2.1	ตัวชีวิตจริง ตัวที่ 2.2	ตัวชีวิตจริง ตัวที่ 3.1	ตัวชีวิตจริง ตัวที่ 3.2
A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.	A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)}	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ
B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ	B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)	B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 15%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 12%

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

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

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 10

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
 อุดหนุนของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่
 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24
 ชั่วโมง
 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน

	<p>2. นายสโรช จินดาวณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>4. นางสาวพิมลมาศ คุ่มชุ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>5. นายอัครเดช เป็งจันทา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664 โทรสาร : 02-5901853 กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599 Email: maxjung_woo@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829 E-mail : m.b.parichat@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945 E-mail : pepimolmas11@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-3923702 Email: akaradhp@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. น.พ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.กุลพัฒน์ วีรสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2399 โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830 โทรสาร : 02-3547084 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์</p> <p>3. น.พ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384 E-mail : teerachai.y@gmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-8438830 E-mail : kveerasarn@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p>

	และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)		
คำนิยาม	ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	20	22	24
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย		
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	20	20	20
ปี 2563:			
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	22	22	22

ปี 2564:

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
24	24	24

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล

สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
18	19	20	21	22

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ			

หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ. อังกร ภัทรการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. นพ. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
3. นพ. อัครพล ศุภศาสตร์ รองผู้อำนวยการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
4. นางสาวสุธาทิพย์ จันทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

	คะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2 -3 และ ผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4 – 26		
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	40	42	44
วัตถุประสงค์	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)		
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว		
รายการข้อมูล 2 (Leading Indicator)	B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (ทุก 3 เดือน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2562:			
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	40	40	40
ปี 2563:			
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	42	42	42
ปี 2564:			
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	44	44	44

แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ								
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ								
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน</td> <td>≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน</td> <td>≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
≤ 6.3 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากร แสนคน							
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : 1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย 1 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการ และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562)</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว								
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย 1 : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายย่อย 1.1 : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขต สุขภาพ ของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และ</p>								

	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน 1 ปี
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายย่อย 1.1 : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	1. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายซ้ำ

เอกสารสนับสนุน :

1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย

ผลการดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
----------------	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9.โครงการการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	25.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต, ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	32.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล								
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกไปปลูกถ่าย • จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร) <p>หมายเหตุ : (ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.8 :100</td> <td>0.9 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.8 :100	0.9 : 100	1.0 : 100
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
0.8 :100	0.9 : 100	1.0 : 100							
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบประมาณ 2562 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2561								
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (อวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายทุกรายในประเทศไทยจะต้องถูกจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น และกาชาดจะเป็นผู้รายงานจำนวน actual donor ในแต่ละปีให้กับ WHO จึงต้องถือรายงาน 								

	ของกาชาดเป็นมาตรฐาน) <ul style="list-style-type: none"> • กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2561 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2561											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ											
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2562: <table border="1" data-bbox="196 667 1438 785"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.2 : 100</td> <td>0.4 : 100</td> <td>0.6 : 100</td> <td>0.8 : 100</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100									
ปี 2563: <table border="1" data-bbox="196 844 1438 961"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.225 : 100</td> <td>0.45 : 100</td> <td>0.675 : 100</td> <td>0.9 : 100</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100									
ปี 2564: <table border="1" data-bbox="196 1020 1438 1138"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.25 : 100</td> <td>0.5 : 100</td> <td>0.75 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
0.25 : 100	0.5 : 100	0.75 : 100	1.0 : 100									
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลรายไตรมาส และ สรุปผลการประเมิน ณ สิ้นปีงบประมาณ											
เอกสารสนับสนุน :	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.									
			2558	2559	2560							
			0.31	0.30	0.45							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	พ.ญ.กรทิพย์ ผลโภาค โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 รพ.ราชวิถี กรมการแพทย์		นายแพทย์ชำนาญการ E-mail : jibpat@yahoo.com									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นส.วราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 กองบริหารการสาธารณสุข กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : Primary05@hotmail.com โทรสาร : 0 2965 9851									

โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	30.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr								
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ● eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) 								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>66%</td> <td>66%</td> <td>66%</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	66%	66%	66%
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
66%	66%	66%							
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน ● โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 								
แหล่งข้อมูล	HDC								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	66%	66%	66%	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	66%	66%	66%	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	66%	66%	66%	
หมายเหตุ : ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราความเสื่อมของไตต่างกัน					
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
			63.3	63.6	62.8
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1.นายไพบูลย์ ไวกยี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร :		หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ ศุภศิลป์ จำปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 Email: sjampanak@gmail.com กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</p> <p>2. นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 Email: Peed.pr@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 Email: jurairat_jaa@hotmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <p>4. แพทย์หญิง วิชนี ธงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 Email: vichyrehab@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิรินทร์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : 02-590-6352 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 085-959-4499 โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com</p>

<p>หมวด</p>	<p>Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)</p>
<p>แผนที่</p>	<p>6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p>
<p>โครงการที่</p>	<p>17. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery</p>
<p>ระดับการแสดงผล</p>	<p>เขตสุขภาพ และ ประเทศ</p>
<p>ชื่อตัวชี้วัด</p>	<p>36.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p>

คำนิยาม

One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแบบทำยการรักษ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
1	Inguinal hernia	53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect 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 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 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 53.2 Unilateral repair of femoral hernia 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.3 Bilateral repair of femoral hernia 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis) Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis
3	Hemorrhoid	49.4 Procedures on hemorrhoids 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS 49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure
4	Vaginal bleeding	68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus 68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage, Hysteroscopic endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric	185.0 Oesophageal varices with bleeding 185.9 Oesophageal varices without bleeding 186.4 Gastric varices 198.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere

		varices)	<p>198.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>42.33 Esophageal varices by endoscopic approach</p> <p>43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach</p> <p>44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p>
	6	Esophageal-Gastric Stricture	<p>44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site</p> <p>44.92 Dilation of esophagus Dilation of cardiac sphincter</p>
	7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	<p>C15.-Malignant neoplasm of oesophagus</p> <p>C16.-Malignant neoplasm of stomach</p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus</p> <p>42.81 Insertion of permanent tube into esophagus</p>
	8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	<p>D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon</p> <p>K63.5 Polyp of colon</p> <p>K62.0 Anal polyp</p> <p>K62.1 Rectal polyp</p> <p>45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine</p> <p>45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding</p>
	9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	<p>K800: Calculus of gallbladder with acute cholecystitis</p> <p>K801: Calculus of gallbladder with other cholecystitis</p> <p>K802: Calculus of gallbladder without cholecystitis</p> <p>K803: Calculus of bile duct with cholangitis</p> <p>K804: Calculus of bile duct with cholecystitis</p>

			<p>K805: Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p>
	10	<i>Pancreatic duct stone</i>	<p>K86.8 Other specified diseases of pancreas: Calculus</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct</p> <p>52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct</p>
	11	<i>Bile duct stricture</i>	<p>C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma: Cholangiocarcinoma</p> <p>C23 Malignant neoplasm of gallbladder</p> <p>C24.-Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract</p> <p>C25.- Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus</p> <p>K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic dust or gallbladder without Calculus</p> <p>K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus</p> <p>K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and</p>

			<p>papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p>
	12	Pancreatic duct stricture	<p>C25.- Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis</p> <p>K86.1 Other chronic pancreatitis</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct</p> <p>52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube</p> <p>52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมินปีงบประมาณ 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 25		ร้อยละ 25

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 30		ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)

เอกสารสนับสนุน : 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)
2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2559	2560	2561
	-	ร้อยละ	NA	NA	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
 นพ.ทวี รัตนชูเอก
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8077 โทรศัพท์มือถือ : 08 1814 5705
 โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : thawee1958@gmail.com
 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)
 นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตะระบบการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334
 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
 กลุ่มงานนิตะระบบการแพทย์ สำนักนิตะระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358-59 โทรสาร : 0 2965 9851
 E-mail : supervision.dms@gmail.com
 สำนักนิตะระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน
 1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตะระบบการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และ สาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่ได้กายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

เกณฑ์เป้าหมาย		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
		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 2561				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2562 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>				
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		ร้อยละ	2559	2560	2561
			เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.29	ลดลงร้อยละ 6.87	ลดลงร้อยละ 7.2
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค		ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข		

<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 - 5901761 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02 - 5901802 E-mail : -</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>4. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : thanawan.2426@gmail.com</p> <p>5. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : sparadizes@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p>	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 02 - 5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 8296254 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 6828809 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p> <p>3. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 02 - 5901637 โทรศัพท์มือถือ : 065 - 2645159 โทรสาร : 02 - 5901631 E-mail : thanawan.2426@gmail.com</p> <p>4. นางสาวสุธิตา เงินกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ : 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ : 087 - 5237601 โทรสาร : 0 2590 1631 E-mail : sparadizes@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	7. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา - การทำหัตถ์เกลือ - การทำหัตถ์การอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. การรายงานจากจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1. 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2. ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ชี้แจง และสร้างกลไก การมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการ จัดบริการการแพทย์แผน ไทย เพื่อพัฒนาการบริการ ที่ได้มาตรฐาน	1. สนับสนุนให้มีการ จัดบริการด้านการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกในระบบบริการ สาธารณสุข 2. สถานบริการ สาธารณสุข ได้แก่ รพศ. ,รพท., รพช. เข้าร่วม โครงการรับรองคุณภาพ มาตรฐานงานแพทย์แผน ไทย (Hospital Accreditation : TTM HA) ร้อยละ 40	สถานบริการทุกระดับมี การจัดบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสานที่มี คุณภาพมาตรฐาน ตาม บริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้าน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์ แผนไทยคู่ขนาน	1. มีการให้บริการผู้ป่วย นอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 18.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งไ้ยา สมุนไพร โดยมีจำนวน รายการยาสมุนไพร มากกว่าร้อยละ 6 ของการ ส่งไ้ยาทั้งหมด

วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนากระบวนการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		ค่าประมาณการโดยเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2562
			ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ไม่นับรหัส U77	ร้อยละ	14.96	17.37	18.5
	- รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.03	9.94	11
	- รพช.	ร้อยละ	14.81	16.88	19
	- รพ.สต.	ร้อยละ	25.88	33.32	36
ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th		
	2. นายแพทย์เทวัญ ธาณีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 0-2149-5636 กองการแพทย์ทางเลือก		ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com		
	3. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-4409 โทรสาร : 0-2591-4409 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com		
	4. นายสมศักดิ์ กริษฐ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5653 โทรสาร : 0-2149-5653 กองวิชาการและแผนงาน		กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 081-684-6683 E-mail : augus_organ@hotmail.com		
	5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรสาร : 0-2965-9490 กองวิชาการและแผนงาน		กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน				

และจัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวมุสซา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 064-323-5939 โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : ppin1987@gmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>2. นางสาวสุดารัตน์ เกตโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-149-5653 โทรศัพท์มือถือ 083-339-2252 โทรสาร : 02-149-5653 E-mail : Sudarat.osta@gmail.com</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ</p> <p>3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7809 โทรศัพท์มือถือ : 082-729-8989 โทรสาร : 0-2951-0218 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
------	---

แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ								
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27.ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p> <p>กลวิธีดำเนินงาน</p> <p>ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่ง ให้สามารถให้การรักษามาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย : (Leading Indicator)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70							
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ								
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป</p> <p>หรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้</p>								

	หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงสถานพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมินปี :					
ปีงบประมาณ 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50	50	50	50	
ปีงบประมาณ 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	60	60	60	60	
ปีงบประมาณ 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	70	70	70	70	
วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :					
รายงานจากทุกเขตเครือข่ายสุขภาพ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
	Leading / lagging Indicator		2559	2560	2561
	ร้อยละของการให้การ รักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	NA	NA	NA
หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดใหม่ ที่ใช้วัดคุณภาพการรักษา					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์		หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920		โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236		
	โทรสาร : 02-5919972		E-mail : kk_hm2000@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	1. นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์		หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920		โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236		

(ระดับส่วนกลาง)	โทรสาร : 02-5919972 2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	E-mail : kk_hm2000@yahoo.com รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรสาร : 0 2591 8279	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9959 4499 E-mail: eva634752@gmail.com

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
		ลาออกลดลง ในระดับเขต)

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	42.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

คำนิยาม

1. เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียม และเป็นธรรม โดยมีแนวนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด
1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
2	5	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ 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

2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง

- 2.1 ข้าราชการ
- 2.2 พนักงานราชการ
- 2.3 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- 2.4 ลูกจ้างประจำ
- 2.5 ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน

3. เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม

100 คะแนน (ประเด็นละ 25 คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย

3.1 มีข้อมูล คะแนนเต็ม 25 คะแนน

1) **ข้อมูล** หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ชื่อ - สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, การเลื่อนตำแหน่ง ฯลฯ

2) **รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร รายงานจำนวนตำแหน่งว่าง ฯลฯ

3) **ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

4) **มีข้อมูล** หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข

3.2 มีแผนบริหารตำแหน่ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน

1) **ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน ซึ่งมีความจำเป็นและขาดแคลน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด

2) **แผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง มีการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอน การบริหารจัดการตำแหน่งว่างที่มีอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวมและกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น

3) **มีแผนบริหารตำแหน่ง** หมายถึง ทุกเขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง และมีกิจกรรมการดำเนินการตามข้อ 2)

3.3 มีการดำเนินการตามแผน คะแนนเต็ม 25 คะแนน

1) **แผน** หมายถึง แผนบริหารตำแหน่งว่าง

2) **การบริหารจัดการ** หมายถึง การดำเนินการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้แล้วเสร็จจนกระทั่งมีคำสั่งและบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

3) **การสรรหาบุคคล** หมายถึง การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น การบรรจุผู้ได้รับคัดเลือก การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ การบรรจุกลับ การรับย้าย/รับโอน

4) **มีการดำเนินการตามแผน** หมายถึง มีการดำเนินการตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ได้

กำหนดไว้ตามแผนการบริหารตำแหน่ง โดยจะต้องมีอัตราว่างลดลงเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 5 ในไตรมาส 2 (และคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาส 4) ซึ่งคำนวณจากจำนวนตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการคงเหลือ เทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันรายงานผล

3.4 บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 คะแนนเต็ม 25 คะแนน

1) **กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี 2560 – 2564 ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

2) **การให้บริการทางการแพทย์** หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (มติ อ.ก.พ. กระทรวง ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561) ได้แก่

2.1) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง

หมายถึง สายงานที่สรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่

1. นักกายภาพบำบัด/ จพ.เวชกรรมฟื้นฟู
2. นักกิจกรรมบำบัด/ จพ.อาชีวบำบัด
3. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์
4. นักรังสีการแพทย์/ จพ.รังสีการแพทย์
5. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
6. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก
7. นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/ จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์

2.2) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน ได้แก่

1. นายแพทย์
2. ทันตแพทย์
3. เภสัชกร
4. พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค
5. จพ.ทันตสาธารณสุข

	<p>6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม</p> <p>7. ช่างทันตกรรม</p> <p>8. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข</p> <p>9. แพทย์แผนไทย</p> <p>10. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์</p> <p>3) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น 2.1 สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 71</p> <p>4. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ 3) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ 4 ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็น ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------------|
| 1. มีข้อมูล | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 2. มีแผนบริหารตำแหน่ง | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 3. มีการดำเนินงานตามแผน | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |
| 4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 | คะแนนเต็ม 25 คะแนน |

รวม 100 คะแนน

รายละเอียดการให้คะแนน :

1. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน	10 คะแนน
2	มีการรายงานสถิติกำลังคน	5 คะแนน

3	มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ)	10 คะแนน
รวม		25 คะแนน

2. มีแผนการบริหารตำแหน่ง (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน	5 คะแนน
2	จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง	5 คะแนน
3	มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ	10 คะแนน
4	มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพทราบ (หนังสือเวียน/ประกาศ)	5 คะแนน
รวม		25 คะแนน

3. มีการดำเนินการตามแผน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ}}{\text{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดเขตสุขภาพ}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน	10 คะแนน	15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน
ไตรมาส 2	ร้อยละ 8	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5
ไตรมาส 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 3

4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง}}{\text{กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน	10 คะแนน	15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน
ไตรมาส 4	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69	ร้อยละ 70	ร้อยละ 71

แนวทางการคำนวณตามเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

เขต สุขภาพ	การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ						
	มีข้อมูล (25 คะแนน)	มีแผน บริหาร ตำแหน่ง (25 คะแนน)	มีการดำเนินงาน ตามแผน (25 คะแนน)	บุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ $\geq 71\%$ (25 คะแนน)	รวม (100 คะแนน)	ผ่าน ($\geq 70\%$) /	ไม่ผ่าน ($< 70\%$) X
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
รวม							

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)) เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอ.น.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) เอกสารแผนบริหารตำแหน่งและการดำเนินการตามแผนของทุกเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน

	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น.)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS			

ผลการดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662
	โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com
	2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662
	โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com
	3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662	
โทรสาร : 02-5901344 E-mail hrmd.strategy@gmail.com	
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล	
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ชั้นได้แก่

ผลการดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662
	โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com
	2. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662
	โทรสาร : 02-5901344 E-mail : hrmd.strategy@gmail.com
	3.นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 8864662	
โทรสาร : 02-5901344 E-mail hrmd.strategy@gmail.com	
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล	
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน 5 ชั้นได้แก่

	<p>ขั้นที่ 1 การประเมินความซุขบุคคลกร (Happinometer) และซุขภาวะองค์กร (HPI)</p> <p>ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความซุขบุคคลกร (Happinometer) และซุขภาวะองค์กร (HPI)</p> <p>ขั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความซุข</p> <p>ขั้นที่ 4 การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความซุข</p> <p>ขั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความซุขที่เป็นรูปธรรม</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64					
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90					
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความซุขของคนทำงาน (Happinometer) และซุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความซุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลกรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร</p> <p>“ประชาชนซุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความซุข ระบบซุขภาพยั่งยืน”</p>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>การทำแบบประเมิน Happinometer : บุคคลกรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้าราชการ 2. พนักงานราชการ 3. ลูกจ้างประจำ 4. พนักงานราชการ 5. ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) <p>การทำแบบประเมิน HPI : บุคคลกรระดับหัวหน้างานของหน่วยงานขึ้นไปทุกคน โดยหน่วยงานประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานส่วนกลาง 2. เขตซุขภาพ 3. สสจ. 4. รพศ. 5. รพท. 6. รพช. 7. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) 						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ sms 						
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข						

แหล่งข้อมูลของรอบ 3 เดือน	1. การตอบแบบประเมิน Happinometer ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) 2. การตอบแบบประเมิน HPI ใช้ข้อมูลจากระบบประเมินสุขภาพองค์กร (HPI)
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer	A = จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) B = จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI	A = จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปการเข้าตอบแบบประเมินในระบบ (HPI) B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
แหล่งข้อมูลของรอบ 6 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 1)
แหล่งข้อมูลของรอบ 9 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 2)
แหล่งข้อมูลของรอบ 12 เดือน	รายงานในระบบ SMS พร้อมเอกสารประกอบ (เอกสารหมายเลข 3) ใช้เกณฑ์การประเมิน (เอกสารหมายเลข 4)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2. ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม	มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ 1 เรื่อง

องค์กร (HPI)			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และ แบบประเมินสุขภาวะ องค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 80
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และ แบบประเมินสุขภาวะ องค์กร (HPI) ไปใช้ ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	สำรวจ		
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2 (เอกสารแนบ 1) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3 (เอกสารแนบ 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4 (เอกสารแนบ 3)		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Happinometer	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ Happinometer ไปใช้		
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
	-	ร้อยละ	2559 2560 2561
			- 78.84 71.9 (9 เดือน)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน HPI	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำ HPI ไปใช้		
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
	-	ร้อยละ	2559 2560 2561
			- 62.18 -
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	1. นางธิตทิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ		

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com 2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางธิดิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : inspect.n@gmail.com 2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : bps.pavinee@gmail.com 3. นางสาวจิราพร อธิธิชัยวัฒนา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 085-1273438 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : j.kaampou@gmail.com 4. นางสาวรัชชก พิมพ์สะอาด นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 080-4818387 โทรสาร : 02-5918628 E-mail : mook_0507@hotmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารแนบ 1

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 2

ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI

จังหวัด.....

หน่วยงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer					ผลการวิเคราะห์ HPI
	เพศ	อายุ	สายงาน	ความสุจริต มิติ	อื่น ๆ	

เอกสารแนบ 2

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 3
ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม
มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ
จังหวัด.....

หน่วยงาน	องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข	ผลการดำเนินงานตามแผน	ปัญหา/ อุปสรรค
----------	---	----------------------	-------------------

	ผลวิเคราะห์ Hppinometer	ผลวิเคราะห์ HPI	ข้อมูลสถานการณ์ กำลังคน (เช่น อัตรากำลัง กลุ่ม อายุ สายงาน)	ดำเนินการ แล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	ปรับแผน	

เอกสารแนบ 3

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส 4

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

(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ 4)

จังหวัด.....

หน่วยงาน.....

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

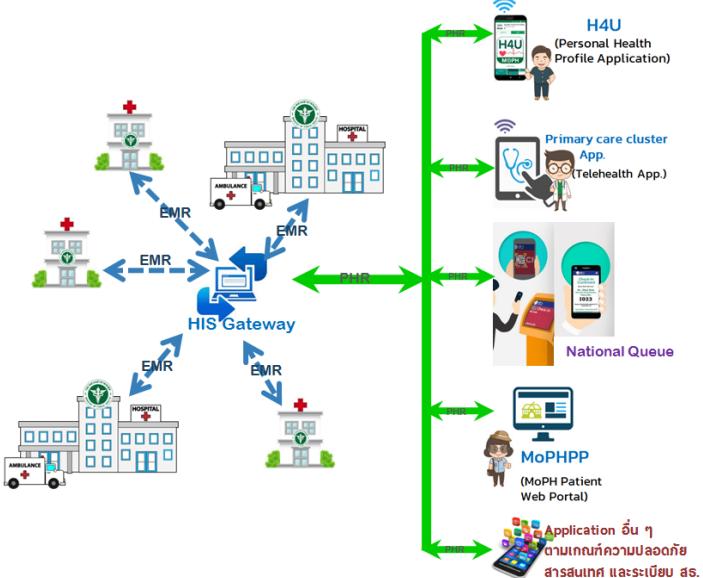
หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ /เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49.เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
ตัวชี้วัดย่อย	49.1 เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation 49.2 โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงาน Digital Transformation
คำนิยาม	<p>Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพ ทั้งระบบบริหารและระบบบริการมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี 62 มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานทั้งระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงานทุกระดับ 2 ตัวชี้วัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation (3 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด/โรงพยาบาล 2.) โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงาน Digital Transformation (อย่างน้อย 2 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital <p>โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p> <p>หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ โดยในปีงบประมาณ 2562 พิจารณาจากการดำเนินการเป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 (Smart Tools) : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบให้บริการนัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบออนไลน์ (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการ

	<p>ได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway <p>ระดับ 2. (Smart Service) : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร เช่น Lean Process, Paperless, Lesspaper (Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card - การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ - ใช้ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจัดการเอกสารหรือหนังสือราชการ - ใช้ระบบ E-Office เพื่อบริหารจัดการระบบงานบุคคลากร - ใช้ระบบ E-payment, E-Donation เพื่อลดขั้นตอนด้านการเงิน <p>ระดับ 3. (Smart Outcome): หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็น ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ในการให้บริการ</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation	12 เขต เขตละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 1 รพ.	12 เขต เขตละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 3 รพ. (รพศ./รพท./รพช.)	12 เขต ทุกจังหวัด จังหวัดละ 5 รพ. (รพศ./รพท./รพช.)	12 เขต ทุกจังหวัด ทุก รพ. (รพศ./รพท./รพช.)
โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข -รพศ/รพท/รพช ทุกจังหวัด - โรงพยาบาล สังกัดกรม วิชาการ ทุกแห่ง	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย ● โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ ● บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ● เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital 
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สำนักงานเขตสุขภาพ 13 เขต, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. รวบรวม 2. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. 3. สำนักงานเขตสุขภาพ 4. กรมวิชาการ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัด (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค) 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายการข้อมูล 1	<p>เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation (3 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด/โรงพยาบาล</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital เขตสุขภาพละ 1 รพ.</p> <p>B = 12 (12 เขตสุขภาพ ๆ ละ 1 รพ.)</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A / B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
รายการข้อมูล 2	<p>โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงาน Digital Transformation (อย่างน้อย 2 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ Smart hospital ในแต่ละจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย ระดับจังหวัด/เขต/กรมวิชาการ</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A / B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	6, 9 และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับเขต

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. สป.สธ. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน (Workshop Digital Transformation)</p> <p>2. สป.สธ. จัดทำมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>เขตสุขภาพ คัดเลือก รพ. เขตละ 1 แห่ง (1 จังหวัด) ให้ดำเนินการทั้ง 3 ระบบ</p>	<p>1. สป.สธ. สอบถาม รพ. ทั้ง 12 แห่งที่ เขตสุขภาพคัดเลือก และให้คำแนะนำช่วยเหลือ</p> <p>2. สป.สธ. รายงานความก้าวหน้าของ รพ. แต่ละเขต</p>	<p>รพ. ทั้ง 12 แห่งที่ เขตสุขภาพคัดเลือก ดำเนินการครบทั้ง 3 ระดับ ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital</p>

ระดับจังหวัด/กรมวิชาการ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>รพ.กลุ่มเป้าหมาย คือ รพศ/รพท 117 แห่ง รพช 780 แห่ง สังกัด สป. และ โรงพยาบาลสังกัด</p>	<p>ร้อยละ 50 ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ Smart hospital ระดับ 2</p>	<p>ร้อยละ 55 ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ Smart hospital ระดับ 2</p>	<p>ร้อยละ 60 ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ Smart hospital ระดับ 2</p>

กรมวิชาการ รับทราบแนวทางการ ดำเนินงาน และการ ประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital																
วิธีการประเมินผล :	1. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ. ที่เขตสุขภาพคัดเลือก 2. ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome															
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรงพยาบาล (HIS Gateway) 2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน H4U 3. คู่มือ MOPH Connect Smart Queue กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 4. คู่มือแอปพลิเคชัน “Hygge Medical Service” เขตสุขภาพที่ 5 5. คู่มือระบบบริจาคอิเล็กทรอนิกส์ (e-Donation) http://edonation.rd.go.th/donate/ManualeDonationV2.pdf															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="451 989 748 1215"> <tr> <th data-bbox="451 989 748 1104">Baseline data</th> <th data-bbox="748 989 878 1104">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="878 989 1414 1041">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1104 748 1215" rowspan="2">รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital</td> <td data-bbox="748 1104 878 1215" rowspan="2">แห่ง</td> <td data-bbox="878 1104 1049 1215">2559</td> <td data-bbox="1049 1104 1235 1215">2560</td> <td data-bbox="1235 1104 1414 1215">2561</td> </tr> <tr> <td data-bbox="878 1215 1049 1247">-</td> <td data-bbox="1049 1215 1235 1247">-</td> <td data-bbox="1235 1215 1414 1247">-</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	แห่ง	2559	2560	2561	-	-	-		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
รพ.ภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	แห่ง	2559	2560	2561												
		-	-	-												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>Project Manager</p> <p>1. นายแพทย์เลอศักดิ์ สันะนิธิกุล นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901217 โทรศัพท์มือถือ : 0818925883 โทรสาร : 025901215 E-mail : drlersak2012@gmail.com รพ.วชิระภูเก็ต / ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>Smart Tools:</p> <p>1. นาง เดือนเพ็ญ โยเอื้อง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901495 โทรศัพท์มือถือ : 0635499693 โทรสาร : 025918565 E-mail : duanpen@moph.mail.go.th กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.</p>															

หมวด	Governance Excellence			
แผนที่	12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2 โครงการ Smart Hospital			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	50. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
คำนิยาม	<p>Application PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กระทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัว และสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สป.สธ.</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2562	2563	2564	2565
การใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	<p>มีการนำ Application PPC มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 PCC ใน 1 เขตสุขภาพ</p>	<p>มีการนำ Application PPC มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 3 PCC ใน 1 เขตสุขภาพ</p>	<p>มีการนำ Application PPC มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 PCC ใน 1 จังหวัด</p>	<p>มีการนำ Application PPC มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครบทุก PCC</p>
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) • เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเอง • เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล 			

	และลดระยะเวลาในการรอคอย <ul style="list-style-type: none"> • เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ศทส. สป.สธ. รายงานผลการพัฒนา App. PCC 2. สปค. รายงานผลการทดลองใช้ App. PCC
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 3. สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) 4. สำนักงานเขตสุขภาพ 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็น PCC มีและใช้ Application สำหรับ PCC อย่างน้อย 1 PCC ใน 1 เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีข้อสรุปแนวทางการพัฒนา Application PCC รายงาน CIO สป.สธ. ทราบ 2.คณะทำงาน ทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC	1.มีรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ 2.พัฒนา Application และทดสอบการใช้งาน	1. มีรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ 2. คัดเลือก PCC และพื้นที่ทดลอง เพื่อทดสอบระบบ 3.สรุปและรวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้งานจริง	มีการนำ Application PPC มาใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 PCC ใน 1 เขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล :	1. ตรวจสอบจากรายงานที่เสนอ CIO สป.สธ. 2. ผลการใช้งาน Application PCC โดยการสอบถามจากทีมหมอครอบครัว (PCC) ที่ได้ทดลองใช้งานจริง
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	2. แนวทางและมาตรฐานเชื่อมโยงข้อมูลผ่านตัวกลางสำหรับการเชื่อมโยงและ
------------------	--

	<p>2. นายวสันต์ สายทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025902185 ต่อ 416</p> <p>โทรสาร : 025901215</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0816399532</p> <p>E-mail : wasun.s@moph.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางรุ่งนิภา อมาตยคง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901200</p> <p>โทรสาร : 025901215</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.</p>	<p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 0870276663</p> <p>E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p>

แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																													
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																													
ระดับการแสดงผล	เขต																													
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																													
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>1.1 $CR < 1.5$</td> <td>1</td> <td>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td> <td>1</td> <td>$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td> <td>1</td> <td>$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน</td> </tr> <tr> <td>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td> </tr> <tr> <td>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$</td> <td>1</td> <td>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$</td> </tr> <tr> <td>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสียหาย (Risk Score)	คำอธิบาย																												
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																												
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																												
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																												
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$																												
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน																												

	3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ รับภาระการขาดทุนเฉลี่ย ต่อเดือน (กรณี NWC เป็น บวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
	a) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
	b) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มี ผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
	c) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
	3.2 มิติ ผลกำไรจาก การดำเนินการ เพียงพอกับ ภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
	a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
	b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
	c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก < หรือ = 3 เดือน	0	
	3.3 กรณี NWC ติด บวก & มี NI เป็นบวก	0	
	3.4 กรณี NWC ติด	2	

ลบ & มี NI เป็นลบ

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2562

1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง

: บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ

: แผนงาน/กิจกรรม

: ผลผลิต/ผลลัพธ์

2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)

3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)

มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

มาตรการที่ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่าง เพียงพอ (Sufficient	1.1 พัฒนาด้านแบบการ จ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based	1.1 มีต้นแบบการจ่ายแบบ มุ่งเน้นคุณค่า (Value-based

	Allocation)	Payment) ใน DM, HT	Payment) ใน โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย : ข้อเสนอ การเตรียมแผนใช้งาน จริงในปีต่อไป
		1.2 จัดทำแผนทางการเงิน ที่มีคุณภาพ	1.2 ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความ ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์*
			*การตรวจสอบความ ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่ ส่วนกลางกำหนด
			ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อย กว่าร้อยละ 100
			ผลการดำเนินงานปี 2561 :
			ไตรมาส 1 ร้อยละ 100 ไตรมาส 3 ร้อยละ 100
		1.3 พัฒนาประสิทธิภาพ ของระบบการจัดสรร เงินให้กับหน่วยบริการ มีรายได้เพียงพอกับ ค่าใช้จ่าย	1.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย (รายได้ไม่รวมงบลงทุน และค่าใช้จ่ายไม่รวมค่า เสื่อมราคาและค่าตัด จำหน่าย) โดยประเมิน จากแผนประมาณการ รายได้และควบคุม ค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ ดำเนินการส่งและผ่าน การตรวจสอบความ

			<p>ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อย กว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานปี 2561 <u>รอบที่ 1</u> วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ร้อยละ 93 <u>รอบที่ 2</u> วันที่ 30 เมษายน 2561 ร้อยละ 94</p>
	<p>มาตรการ 2: พัฒนาการ บริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p>	<p>2.1 พัฒนาการบริหาร ระบบบัญชีให้ได้ มาตรฐาน</p> <p>2.2 นำเกณฑ์การประเมิน คุณภาพบัญชีมา ประเมินความถูกต้อง ของข้อมูล</p> <p>2.3 พัฒนาการรับ – จ่ายเงินภาครัฐทาง</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ที่การ ตรวจสอบงบทดลอง เบื้องต้นจากระบบ อิเล็กทรอนิกส์ ผลงานไตรมาสที่ 3/61 ร้อยละ 88.4 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 95</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วย เบิกจ่ายที่มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ตาม เกณฑ์การประเมินผล การปฏิบัติงานด้านบัญชี ของกรมบัญชีกลาง (186 แห่ง) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 75</p> <p>2.3 ร้อยละของหน่วย เบิกจ่ายดำเนินการ จ่ายเงิน รับเงิน และนำ</p>

		อิเล็กทรอนิกส์ (e-Payment ภาครัฐ)	เงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1	พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้เข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./รพท./ รพช. และ นพ.สสจ.	3.1 ผู้บริหารด้านการเงินการคลังได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง ผอ.รพศ./รพท./ รพช. และ นพ.สสจ. ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม
	3.2	พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.)	3.2 ผู้ดำรงตำแหน่งบริหาร (นพ.สสจ./ ผอ.รพ.) <u>ตามกลุ่มเป้าหมาย</u> ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงานการประเมินผลการฝึกอบรม
	3.3	พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่ CFO ระดับเขต และจังหวัด	3.3 CFO ระดับเขตและระดับจังหวัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงาน

		<p>3.4 พัฒนาศักยภาพ บริหารด้านการเงิน การคลังแก่เครือข่าย และบุคลากรด้าน การเงินการคลัง</p> <p>3.5 พัฒนาศักยภาพผู้ ตรวจสอบภายใน ตาม มาตรฐาน CGIA</p>	<p>การประเมินผลการ ฝึกอบรม</p> <p>3.4 เครือข่ายและบุคลากร ด้านการเงินการคลัง ได้รับการพัฒนา ศักยภาพด้านการเงิน การคลัง ค่าเป้าหมาย : รายงาน การประเมินผลการ ฝึกอบรม</p> <p>3.5 ร้อยละของผู้ตรวจสอบ ภายใน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพตามมาตรฐาน CGIA ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 80</p>
	<p>มาตรการที่ 4: สร้าง ประสิทธิภาพการบริหาร จัดการ (Efficient Management)</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขต สุขภาพบริหารจัดการ</p> <p>4.2 พัฒนารูปแบบการ บริหารจัดการร่วม (Merging)</p>	<p>4.1 กระจายอำนาจให้เขต บริหารจัดการและปรับ เกลี้ย ค่าเป้าหมาย : วิกฤต การเงินระดับ 7 ของ หน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4</p> <p>4.2 พัฒนารูปแบบการ บริหารจัดการร่วม 1) บริหารจัดการร่วม (Administrative merging) 2) ให้บริการร่วม</p>

			(Service merging) 3) ใช้ระบบสนับสนุน ร่วม (Support merging) ค่าเป้าหมาย : ประเมิณผล ความสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
	มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (Monitoring Management)	5.1 ควบคุมกำกับ โดย เปรียบเทียบแผนการ เงินกับผลการ ดำเนินงาน	5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่าร้อยละ 70
		5.2 ควบคุมกำกับ โดย เกณฑ์ประสิทธิภาพ ทางการเงิน (7 plus efficiency)	5.2 ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิณ \geq 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ ประสิทธิภาพทาง การเงิน (7 Plus Efficiency) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย กว่าร้อยละ 65
		5.3 ควบคุมกำกับ ด้วย เกณฑ์ประเมิณต้นทุน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วย ใน (Unit cost)	5.3 ร้อยละของหน่วยบริการ มีสัดส่วนของต้นทุน ผู้ป่วยนอก และต้นทุน ผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลาง ของหน่วยบริการในกลุ่ม ระดับเดียวกัน ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อย

		<p>5.4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการหน่วยบริการ ด้วยการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน</p>	<p>กว่าร้อยละ 80</p> <p>5.4 ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของหน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ <p>ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจสอบงบการเงินตามเป้าหมาย - รพศ./ รพท. = 100% - รพช. = 25% <p>ค่าเป้าหมาย : หน่วยบริการ สป.สธ. ผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>
		<p>5.5 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วย</p>	<p>5.5 มีรายงานผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลัง (Standard Report) ระดับหน่วย</p>

		บริการ	บริการ จังหวัด เขต ประเทศ ค่าเป้าหมาย : วิกฤต การเงิน ระดับ 7 ของหน่วยบริการ ไม่เกินร้อยละ 4
--	--	--------	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
4	2	0	0

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

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงินไม่ เกินร้อยละ 2

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงินไม่ เกินร้อยละ 0

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงินไม่เกินร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงินไม่ เกินร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์					
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทาง การเงิน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561

	หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	<u>ไตรมาส</u> 1/58 ร้อยละ 6.31 <u>ไตรมาส</u> 2/58 ร้อยละ 5.76 <u>ไตรมาส</u> 3/58 ร้อยละ 12.19 <u>ไตรมาส</u> 4/58 ร้อยละ 15.65	<u>ไตรมาส</u> 1/59 ร้อยละ 8.46 <u>ไตรมาส</u> 2/59 ร้อยละ 5.04 <u>ไตรมาส</u> 3/59 ร้อยละ 9.83 <u>ไตรมาส</u> 4/59 ร้อยละ 13.49	<u>ไตรมาส</u> 1/60 ร้อยละ 0.91 <u>ไตรมาส</u> 2/60 ร้อยละ 3.13 <u>ไตรมาส</u> 3/60 ร้อยละ 9.71	<u>ไตรมาส</u> 1/61 ร้อยละ 0 <u>ไตรมาส</u> 2/61 ร้อยละ 0 <u>ไตรมาส</u> 3/61 ร้อยละ 1.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายวิวัฒน์ชัย จรุงวรรณะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : cwatchai@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>2. นายวัลลภ คชบก หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : wallop4444@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>3. นางนิมอณงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : nimanong_15@hotmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ</p> <p>4. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :</p>					

	โทรสาร : E-mail : numkhang_sere@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอโนทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 1576 E-mail : meawrnothai@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

	<p>ปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บ ข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: oeysuwanna@gmail.com</p> <p>2. น.ส.อังคณาภรณ์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: lkung1038@gmail.com</p> <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 085-3652444 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: a.deethongon@gmail.com</p> <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: trekrittka@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการกรารายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภาววี แก้วพันทนา ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079 ทำงาน: 02-5901018 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: Paravee.kpr@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)
ระดับการวัดผล	เขต

ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3												
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - 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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">รายละเอียด</th> <th style="width: 15%;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="width: 15%;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="width: 15%;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td>2. โรงพยาบาลชุมชน</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>		รายละเอียด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64										
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100										
2. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90										
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 												

แหล่งข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit				
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit				
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 734 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2562 :					
	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
	โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00
วิธีการประเมินผล:	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 86.00	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

เงื่อนไข :

- 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
 - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 18 แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)
2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)
2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ
3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
			2558	2559	2560	2561								
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36	ร้อยละ 83.64	ร้อยละ 99.39								
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 69.40	ร้อยละ 69.49	ร้อยละ 62.31	ร้อยละ 85.75								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="412 1255 821 1428">1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802</td> <td data-bbox="821 1255 1482 1428">ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 1428 821 1600">2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631</td> <td data-bbox="821 1428 1482 1600">รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 1600 821 1772">3. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631</td> <td data-bbox="821 1600 1482 1772">นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 1772 821 1923">4. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631</td> <td data-bbox="821 1772 1482 1923">นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com</td> </tr> </table>						1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -	2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com	3. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com	4. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com
1. นายแพทย์ธีระพงศ์ ตุนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรสาร : 02-590-0802	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -													
2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com													
3. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332 E-mail : chittima2197@gmail.com													
4. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869 E-mail : siwaporn,moph@gmail.com													

รายงานผลการ ดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755	โทรศัพท์มือถือ : -
	โทรสาร :	E-mail :
	2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643	โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625
	โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : kavalinc@hotmail.com
	3. นางจิตติมา ศรศุภรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1637	โทรศัพท์มือถือ 089-478-4332	
โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : chittima2197@gmail.com	
4. นางสาวศิวพร บุญเสก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630	โทรศัพท์มือถือ 095-609-9869	
โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : siwaporn,moph@gmail.com	
5. นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต	นักวิชาการสาธารณสุข	
โทรศัพท์ที่ทำงาน. 02 590-1630	โทรศัพท์มือถือ 092-682-2755	
โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : w-wunchai@hotmail.com	
กองบริหารการสาธารณสุข		

โทรศัพท์ : 0 2590 1330	โทรศัพท์มือถือ : 09 8268 0408
โทรสาร : 0 2590 1330	E-Mail : sutthinee.ninkhong@gmail.com
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการวัดผล	เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้

1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์การ 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวดจนครบ 6 หมวด ดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน 13 คำถาม และทบทวนทุกปี
2. ดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดำเนินการหมวด 2 กับหมวด 4 และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5

พ.ศ.	ภาคบังคับ
2561	หมวด 1,หมวด 5 (Maintain)
2562	หมวด 2,หมวด 4
2563	หมวด 3,หมวด 6
2564	หมวด 1- 6
2565	หมวด 1- 6

3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3 ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน
4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ
5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด 7 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ
7. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด
8. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน

	9. ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับหน่วยงาน</th> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> </tr> <tr> <td>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</td> </tr> <tr> <td>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)
	ระดับหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2562							
	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)							
	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)							
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)								
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	<p>1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด								
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด								
รายการข้อมูล 5	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
รายการข้อมูล 6	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน									

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์การ ครบ 13 คำถามภายในระยะ เวลาที่กำหนด</p> <p>2.ส่วนราชการมีผลประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับหมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษา สภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5</p> <p>3.ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4.ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ที่ สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงาน แผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2.ส่วนราชการส่ง รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1.ส่วนราชการส่ง รายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนา องค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2.ส่วนราชการส่ง รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>1.กองในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางดำเนินการผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</p> <p>2.สำนักสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)</p> <p>3.สำนักสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</p>

วิธีการประเมินผล :

ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ 2 ม.ค.2562				
เกณฑ์การให้คะแนน					
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)					

2

ส่วนราชการประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์
คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 2 กับ หมวด 4
ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562

หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน
หมวด 2	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
หมวด 4	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม

เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.10 คะแนน (interval)

3

ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 กับ หมวด 4
ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0.50 คะแนน	1 คะแนน
2562	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด

4

ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน
หมวด	1	2	3	4	5

หมวด 4 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ 2 ม.ค.2562

			2	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด																	
			หมวด	1	2	3	4	5																	
			4	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด																	
			เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval)																						
	5	ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด																							
			<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระยะเวลา</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>- 0.50 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62</td> </tr> <tr> <td>รอบ 12 เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62</td> <td>ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62</td> </tr> </tbody> </table>						ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน		- 0.50 คะแนน	1 คะแนน	รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62	รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62	รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62	รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62
ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน																								
	- 0.50 คะแนน	1 คะแนน																							
รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ม.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ม.ค.62																							
รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.62																							
รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค. 62	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.62																							
รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย. 62	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.62																							
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4</td> </tr> </tbody> </table>						เกณฑ์การให้คะแนน			ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน			4										
เกณฑ์การให้คะแนน																									
ผลคะแนนรอบ 3 เดือน + รอบ 6 เดือน + รอบ 9 เดือน + รอบ 12 เดือน																									
4																									
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
				2559	2560	2561																			
	ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ ของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงาน	กอง ส่วนกลาง	ระดับ	-	-	N/A																			
		สสจ.	ระดับ	-	-	N/A																			
		สสอ.	ระดับ	-	-	N/A																			

	<p>ปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อยู่ระหว่างการเก็บ ข้อมูลรายงานรอบ 12 เดือน</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: oeysuwanna@gmail.com</p> <p>2. น.ส.อังคณาภรณ์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: lkung1038@gmail.com</p> <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 085-3652444 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: a.deethongon@gmail.com</p> <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ: 095-7120954 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: trekrittka@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการกรารายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางภาววี แก้วพันทนา ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316079 ทำงาน: 02-5901018 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: Paravee.kpr@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)
ระดับการวัดผล	เขต

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	44. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม 1,850 หน่วยงาน

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลัก

	<p>ธรรมาภิบาล</p> <p>3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB 1 – EB 26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงานป.ป.ช.</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p>

ปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)
Small Success :			
ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 1- EB 4) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 26) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 26) ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายนของทุกปี

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

(Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB 1 – EB 4

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
EB 1	-	EB 2	-	EB 3-EB 4

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
คะแนน	

- 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 1
- 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 2
- 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 3-4

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70	75	80	85	90

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
---------	---------	---------	---------	---------

		70	75	80	85	90
	<p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)</p> <p>ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 26)</p> <p>ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p>					
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
		70	75	80	85	90
เอกสารสนับสนุน :	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2559	2560	2561	
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	94.12 ผ่าน 80 หน่วยงาน (85 หน่วยงาน)	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน)	95.45 ผ่าน 1,764 หน่วยงาน (1,848 หน่วยงาน)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 0 2590 1866 โทรศัพท์มือถือ : 08 1931 5388 โทรสาร : 02 590 1330 E-Mail : pankung08@gmail.com</p> <p>2.นางสาวศุทธิณี นิลคง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p>					

โทรศัพท์ : 0 2590 1330	โทรศัพท์มือถือ : 09 8268 0408
โทรสาร : 0 2590 1330	E-Mail : sutthinee.ninkhong@gmail.com
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการวัดผล	เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม