



รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561

คำนำ

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

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่างๆจึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 45 โครงการ และ 80 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

กันยายน 2560

สารบัญ

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 80 ตัว	ข
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	1
2	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	4
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	7
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	12
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	16
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	19
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	24
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	26
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	29
10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	32
11	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	35
12	ร้อยละของ Healthy Ageing	39
13	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	43
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	46
15	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	50
16	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	53
17	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	57
18	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	60
19	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	63
20	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	67
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	73
22	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	76
23	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	81
24	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	86

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
25	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	97
26	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	100
27	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	103
28	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	107
29	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	109
	29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	
	29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	
30	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	114
31	อัตราการตายทารกแรกเกิด	117
32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	120
33	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	128
34	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	132
35	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	135
36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	138
37	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	143
38	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	149
39	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	152
40	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	154
41	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	158
42	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	160
43	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr	162
44	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	164
45	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	166
46	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)	168

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
47	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	171
48	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	174
49	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	177
50	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	180
51	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	185
52	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	188
53	จำนวนเมืองสมุนไพรร้อยเอ็ดอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	192
54	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	197
55	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	204
56	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	207
57	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	210
58	ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	213
59	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	216
60	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	222
61	ร้อยละของการจัดซื้อพร้อมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	227
62	ร้อยละของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผล ระบบการควบคุมภายใน	229
63	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	234
64	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	242
65	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	248
66	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	251
67	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	253
68	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	257
69	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	261
70	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่ สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	264

สารบัญ (ต่อ)

ลำดับที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
71	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	266
72	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	269
73	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	282
74	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	286
75	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	290
76	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	293
77	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	297
78	จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	301
79	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	305
80	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	308
	ภาคผนวก ก (ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)	314
	ภาคผนวก ข (แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและรายงานตัวชี้วัด)	410

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค								
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																					
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
1	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอตามมาตรฐาน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอตามมาตรฐาน 1.2 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอตามมาตรฐาน	กรมการแพทย์					✓												
		2	2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	กรมอนามัย								✓									
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 3.1 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 3.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) 3.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน	กรมอนามัย										✓							
		4	4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย											✓						
2	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100□	กรมสุขภาพจิต					✓												
		6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงตีสมส่วน	กรมอนามัย										✓							
		7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรมสุขภาพจิต					✓												
		8	4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย											✓						
		9	5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย									✓								
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กรมอนามัย														✓			
4	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	11	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย				✓													
		12	2) ร้อยละของ Healthy Ageing	กรมการแพทย์															✓		

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
5	*1. โครงการการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	13	1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	สปลค./กองบริหาร การสาธารณสุข/ สำนักงานบริหาร ยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิต ไทย	1	1															
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 9 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
6	*1. โครงการพัฒนาระบบการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัย สุขภาพ	14	1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักภัยสถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค		2	✓														
7	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	15	1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	กรมควบคุมโรค							✓										
		16	2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 16.1 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์	กรมควบคุมโรค										✓							
8	3. โครงการควบคุมโรคไม่ ติดต่อและภัยสุขภาพ	17	1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค							✓										
		18	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค								✓									
		19	3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรา กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 19.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 19.2 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน	กรมควบคุมโรค										✓							

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค							
					PA ปลัด	PA สปป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic				
										HDC	other				HDC	other				HDC	other			
9	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	20	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 20.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดมีความปลอดภัย 20.2 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	คณะกรรมการอาหารและยา															✓					
10	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	21	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	คณะกรรมการอาหารและยา															✓					
		22	2) ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 22.1 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด 22.2 ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ							✓													
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																								
11	*1.โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	23	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 1. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป 2. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับขึ้นไป 3. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 4. ร้อยละของจำนวนจังหวัดในเขตที่มีโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก	กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค																			3	
12	2.โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	24	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค			✓																	

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค								
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																					
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
13	*1. โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ	25	1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักปฐมภูมิและ หมอครอบครัว	2	4				✓											
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 24 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
14	1. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	26	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 26.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ 26.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุมโรค																✓	
		27	2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	กรมควบคุมโรค																	✓
		28	3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กรมการแพทย์																	
15	*2. โครงการป้องกันและ ควบคุมการติดต่อด้านจุลชีพ และการใช้อย่างสมเหตุสมผล	29	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละ ของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)	กองบริหารการ สาธารณสุข/ อย./ กรมวิทยาศาสตร์การ แพทย์		5			✓												
16	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความ เป็นเลิศทางการแพทย์	30	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	กองบริหารการ สาธารณสุข																✓	
17	4. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	31	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการแพทย์																✓	
18	5. โครงการพัฒนาระบบการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	32	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	กรมการแพทย์								✓									
19	6. โครงการพัฒนาระบบบริการ การแพทย์แผนไทย	33	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรมการแพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ทางเลือก																✓	

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค									
					PA ปลัด	PA สปป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic		
										HDC	other				HDC	other				HDC	other	
20	7. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิต เวช	34	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต																		
		35	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต																		
21	8. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารี เวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออโรโธปิดิกส์)	36	1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	กรมการแพทย์																		
		37	2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	กรมการแพทย์																		
22	9. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	38	1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	กรมการแพทย์																		
		39	2) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์																		
23	10. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคเมะเร็ง	40	1) ร้อยละผู้ป่วยเมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ที่กำหนด ตัวชี้วัดย่อย 40.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 40.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 40.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา 6 สัปดาห์	กรมการแพทย์																		
		41	2) อัตราตายจากโรคเมะเร็งตับ	กรมการแพทย์																		
		42	3) อัตราตายจากเมะเร็งปอด	กรมการแพทย์																		
24	11. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	43	1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	กรมการแพทย์																		
25	12. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	44	1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการแพทย์																		
26	13. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่าย อวัยวะ	45	1) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	กรมการแพทย์																		

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค								
					PA ปลัด	PA สปป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
27	14. โครงการพัฒนาระบบ บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	46	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลัง จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) ตัวชี้วัดย่อย 46.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) 46.2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุด เสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา(Remission)	กรมการแพทย์								✓									
28	15. โครงการพัฒนาระบบ บริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	47	1) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะ กลาง	กรมการแพทย์									✓								
29	*16. โครงการพัฒนาระบบ บริการ one day surgery	48	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการแพทย์		6	✓														
30	17. โครงการพัฒนาระบบ บริการ Minimally Invasive Surgery	49	1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	กรมการแพทย์			✓														
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
31	*1. โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินครบ วงจรและระบบการส่งต่อ	50	1) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	กรมการแพทย์		7								✓							
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
32	*1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ	51	1) อัตราความสำเร็จการรักษามะเร็งผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดรายใหม่	กรมควบคุมโรค	3	8						✓									
33	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ	52	1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรมควบคุมโรค				✓													
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
34	*1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพและการแพทย์	53	1) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด	กรมการแพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ทางเลือก		9							✓								

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)																					
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
35	1. โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ	54	1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการ ผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สถาบันพระบรม ราชชนก			✓														
		55	2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	สถาบันพระบรม ราชชนก								✓									
36	*2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง แห่งความสุข	56	1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	4	10			✓												
		57	2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)	กองบริหาร ทรัพยากรบุคคล	5	11					✓										
		58	3) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน							✓										
37	3.โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ	59	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ							✓										
4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																					
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
38	1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความ เสี่ยง	60	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA	ศูนย์ปราบปราม การทุจริต				✓													
		61	2) ร้อยละของการจัดซื้อจัดจ้างของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุ หัตถกรรม	กองบริหารการ สาธารณสุข			✓														
		62	3) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	กลุ่มตรวจสอบ ภายในระดับ กระทรวง					✓												

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค						ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค						
					PA ปลัด	PA สปป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic		
										HDC	other				HDC	other				HDC	other	
39	*2. โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ	63	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 63.1 สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 63.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 63.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	กพร.สป.					✓													
		64	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 64.1 ร้อยละของของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรม สุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 64.2 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น 3	กองบริหารการ สาธารณสุข					✓													
		65	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	สำนักปฎิบัติและ หมอบรรเทา/กร องยุทธศาสตร์ และแผนงาน																		

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
(2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

40	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ แห่งชาติ (NHIS)	66	1) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน																			✓
41	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วย เศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	67	1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 67.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล 67.2 การจัดการระบบสุขภาพ	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ					✓														
		68	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 68.1 ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้ 68.2 ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRS	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ					✓														

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค								
					PA ปลัด	PA สตป	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
42	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ของ 3 กองทุน	69	1) ใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme) <u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 69.1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 69.2 ระบบประกันสังคม 69.3 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	สปสช.																	
		70	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภท และระดับการบริการ	กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ																	
		71	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน																	
43	*2. โครงการบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง	72	1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	6	15	✓														
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																					
44	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/ นวัตกรรม ผลักดันสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์	73	1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ ประโยชน์	สำนักวิชาการ สาธารณสุข			✓														
		74	2) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	สำนักวิชาการ สาธารณสุข			✓														
		75	3) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยา ต้นแบบเพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ อาหารและยา																	
		76	4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คณะกรรมการ อาหารและยา			✓														

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561

โครงการ ที่	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	ประเด็นหนัก		ส่วนกลาง			ส่วนภูมิภาค			ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค										
					PA ปลัด	PA สสพ	Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluati on	Sur vey	electronic		Hard copy	Evaluat ion	Sur vey	electronic			
										HDC	other				HDC	other				HDC	other		
		77	5) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			✓																
		78	6) จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	กรมการแพทย์/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				✓															
		79	7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					✓														
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)																							
45	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	80	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	กองกฎหมาย			✓																
รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด							6	15	13	11	4	1	21	6	3	0	17	1	0	3	0	0	0

รวม 15 แผนงาน 45 โครงการ 80 ตัวชี้วัด

หมายเหตุ * คือ PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจราชการ ปี 2561

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ระดับการแสดงผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน				
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน 5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) 				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน					
	โรงพยาบาลระดับ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	A, S	80	80	90	100
	M1, M2, F1, F2	40	40	50	60
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์				
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด				
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน = $(A2/B2) \times 100$</p>																														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4																														
เกณฑ์การประเมิน :																															
ปี 2561:																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40	<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	80	-	80																											
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40																											
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	80	-	80																											
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40																											
ปี 2562:																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40	<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>80</td> <td>-</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>40</td> <td>-</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	80	-	80	M1, M2, F1, F2	-	40	-	40
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	80	-	80																											
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40																											
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	80	-	80																											
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40																											
ปี 2563:																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>90</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>50</td> <td>-</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	90	-	90	M1, M2, F1, F2	-	50	-	50	<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>90</td> <td>-</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>50</td> <td>-</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	90	-	90	M1, M2, F1, F2	-	50	-	50
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	90	-	90																											
M1, M2, F1, F2	-	50	-	50																											
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	90	-	90																											
M1, M2, F1, F2	-	50	-	50																											
ปี 2564:																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>100</td> <td>-</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>60</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	100	-	100	M1, M2, F1, F2	-	60	-	60	<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรงพยาบาลระดับ</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A, S</td> <td>-</td> <td>100</td> <td>-</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>M1, M2, F1, F2</td> <td>-</td> <td>60</td> <td>-</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	A, S	-	100	-	100	M1, M2, F1, F2	-	60	-	60
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	100	-	100																											
M1, M2, F1, F2	-	60	-	60																											
โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																											
A, S	-	100	-	100																											
M1, M2, F1, F2	-	60	-	60																											
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ (พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก) สรุปผลการประเมิน คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด 																														
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์ เกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน 17 ข้อ ประชุมมหกรรมวิชาการ “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” ประจำปี 2556-2560 ประชุมสัมมนา “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” สำหรับโรงพยาบาลชุมชน 4 ภูมิภาค ปี 2557-2558 																														

	5. การติดตาม ประเมินผล ระบบบริการด้านการคลอดมาตรฐานในเขตสุขภาพ 4 ภูมิภาค ปี 2557-2560				
	6. อบรมเชิงปฏิบัติการ “การทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ใช้ทุนและพยาบาล ผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชน” ปี 2558-2560				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	NA	NA	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล		ที่ปรึกษา		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988		โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405		
	โทรสาร : 02-3548084		E-mail : kasem_saeree@yahoo.com		
	โรงพยาบาลราชวิถี				
	2. ผศ.นพ. สมบูรณ์ ทรศุกถรัตน์		หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548084		โทรศัพท์มือถือ : 081-3156052		
	โทรสาร : 02-3548084		E-mail : chanapatman@gmail.com		
	โรงพยาบาลราชวิถี				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288		โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : klangpol@yahoo.com		
	กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยา		นักวิชาการสาธารณสุข		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957		กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์		
	โทรสาร : 02-2062957		โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650		
	โรงพยาบาลราชวิถี				
	2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com		
	3. นายปวิช อภิบาลกุล		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352		สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์		
	โทรสาร : 02-5918279		โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499		
	กรมการแพทย์		E-mail : moeva_dms@yahoo.com		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย											
คำนิยาม	<p>การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจปล้ำความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างานการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง สสจ.รายงานศูนย์อนามัยภายใน 7 วัน รายงานสืบสวนการตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัยและกรมอนามัยภายใน 30 วัน รายงานผลการ Conference maternal death case 											
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด (นับตามจังหวัดที่ตาย)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ การรายงานข้อมูล : ทุกเดือน											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล : กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย

เอกสารสนับสนุน : 1. แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี)
2. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	24.23	24.26	23.75	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904435 โทรสาร : 02-5904427
หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pimolphantang@gmail.com

2. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-8997380 E-mail : noi_55@hotmail.com

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5465561 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com
---	--	--

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย								
ตัวชี้วัดย่อย	1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 2. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) 3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน								
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองพัฒนาการเด็ก หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที(1B262) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 - เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260) - เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) 								
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย <table border="1" data-bbox="293 1908 1283 2011"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						

1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่อง การเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด			
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) ที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที(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 ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) = $(B/A) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) = $((C+D)/B) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน = $(E/C) \times 100$</p> <p>4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $(F/B) \times 100$</p>																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)																																
<p>เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> <table border="1" data-bbox="293 860 1281 965"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)</p> <table border="1" data-bbox="293 1016 1281 1122"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า</p> <table border="1" data-bbox="293 1229 1281 1335"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่า</p> <table border="1" data-bbox="293 1442 1281 1547"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																														
วิธีการประเมินผล :	<p>ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)</p> <p>*การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน</p>																																
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิป์วิดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) คู่มือมิสนมแม่ 																																

	6. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 7. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2558	2559	2560
	1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) * (HDC 2560)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	80.5
	2. ร้อยละเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ** (HDC 2560)	16.0	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	12.0	16.0
	3. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตาม* (HDC 2560)	73.3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	57.0	73.3
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย*(HDC 2560)	95.8	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	90.6	95.8	
*ผลงาน HDC ตค 2559 – กย 2560 ณ. 12 พย.2560 หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายปี 2561 ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า 1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9) 2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (Developmental Disabilities) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0 ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้กำกับตัวชี้วัด 1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรสาร : 2. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918166 โทรสาร : 3. นางสาวสายพิน โชติวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918104 โทรสาร :					
	อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drwachira99@gmail.com ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ekachaiapien@hotmail.com ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : saipin.chotivichien@gmail.com					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. 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 ปี เต็ม 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 ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2. <u>จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</u> 3. <u>มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้</u> <p>รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	54	57	60	63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			-	112
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อให้มีการดำเนินงานโภชนาการแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC 4. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการสตรีและเด็ก			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุก 3 ปี			
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน			
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 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	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

วิธีการประเมินผล :

1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)
3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
6. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
7. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	46.3	47.4	49.5
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	109.7	109.6	110
	หญิง=108.6	เซนติเมตร	109.1	108.9	109.4

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางณัฐวรรณ เขาวนัถลิตกุล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : 02-5904339 E-mail : nutwan65@gmail.com

	2. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 2. นางสาวณัฐนิช อินทร์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	5. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100			
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กกล้าช้า</p> <p>ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564)</p> <p>ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.1 ทั่วประเทศ</p>			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)			

รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย

เอกสารสนับสนุน :

- บทความพื้นฟูวิชาการ: การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555
- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	-	-	98.23

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ 70902,70305 โทรสาร : 02-2488903</p> <p>2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ70390 โทรสาร : 02-6402034</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 E-mail : ampornbenja@yahoo.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพภ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรสาร : 02-6402034</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 E-mail : janarpar@gmail.com</p> <p>กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่อาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	61	62	63	64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	68	70	72	74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	155

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี

แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน		
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม		
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน		
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย		
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน		
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม ภาวะทุพโภชนาการโดย ภาพรวม	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	=	$(A1/B1) \times 100$
	2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	=	$(A2/B1) \times 100$
	3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	=	$(A3/B1) \times 100$
	4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	=	$(A4/B1) \times 100$
	5. ความครอบคลุม	=	$(B1/B2) \times 100$
	6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	=	$(A5/B3)$
	7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	=	$(A6/B4)$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	68		68
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	70		70
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	72		72
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	74		74

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน</p> <p>1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพ โภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รณรงค์ตีมนมจืด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก - พัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ - กิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก นม ไข่ที่เป็นรูปธรรม - จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี <p>1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan</p> <p>1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง</p> <p>1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขต ตามรายไตรมาส ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ - จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก - จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก - รายงานจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและ เทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 2. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 3. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 4. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 5. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 6. หนังสือเมนูผักกุกน้อย 4 ภาค 7. แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน 8. สื่อสิ่งพิมพ์และวีดิทัศน์กิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		ปีอื่นๆ	2557	2558	2559	2560
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	ร้อยละ	-	-	65	64.5	65.1
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	-	-	5.2	-	
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	17.0 (พ.ศ. 2560)	8.8	9.5	12.4	11.2
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ		-	7.5	-	5.1
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี* วัดผลในปี 2564	เซนติเมตร	ชาย = 148.2 หญิง = 151.1	-	-	-	-

หมายเหตุ : *ข้อมูลส่วนสูงเฉลี่ย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดย
การตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-2

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. แพทย์หญิงพรเลขา บรรหารศุภวาท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : ponlekha@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339-0 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>3. ดร.นภัสบงกช ศุภะพิชน์ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904584 E-mail : suppich_2@hotmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจรรย์ก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>2. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตต์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>

	<p>3. นางสาวนิษฐา ระโหฐาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904590 โทรสาร : 02-5904584</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :got_achi@hotmail.com กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกิจกรรมทางกายวัยรุ่นและวัยเรียน กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ</p>
--	---	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป											
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อุดหนุนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเองไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี (ฉบับย่อ)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564									
ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ร้อยละ 70		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	ร้อยละ 70		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย ปี 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า	ร้อยละ	79.9 (13 จังหวัด)	-	77.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-2488900 ต่อ70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail: ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพนธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	8. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)											
คำนิยาม	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 54</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 58</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60									
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม Service และ Dental ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข หรือ ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจฟัน											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B)/C \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน :	เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง											
ปี 2561 :	A : Caries free จากปี 2560 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 1 สำหรับจังหวัดที่ไม่ถึงเป้าหมาย ส่วนจังหวัดที่มี Caries free ร้อยละ 51 ขึ้นไปต้อง ไม่ลดลง											
ปี 2561-2564 :	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม (รอบ 3, 6 และ 9 เดือน) ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (รอบ 12 เดือน)											
ปี 2561 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>54</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	54
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)									
15	30	45	54									
ปี 2562 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td> <td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>56</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	56
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)									
15	30	45	56									

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	58

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)
15	30	45	60

วิธีการประเมินผล :

สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้

5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
10	15	20	25	30

5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 – กรกฎาคม 2561) ผลงาน

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
52	53	54	55	56

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2560
2. มาตรฐานการทำงาน (Quality standard) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559
3. เอกสารชุดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ด้านทันตสุขภาพ
4. หนังสือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2555
5. คู่มือประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันฟันดี
6. คู่มือสร้างความเข้มแข็งโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี
7. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน
8. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2558	2559	2560
กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	50.6	50.5	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978
โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th

	<p>2. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904217 โทรศัพท์มือถือ : 087-4977907 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : dentdata@gmail.com</p> <p>2. นางสาวถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904213 โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : namkajeab2012@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
ค่านิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ไม่เกิน 40 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 38 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 36 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 34 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่างข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาและข้อมูลอัตราการคลอดในระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน			
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 2.ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)			
รายการข้อมูล 3	A2 : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC			
รายการข้อมูล 4	B2 : อัตราการคลอด (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			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A1/B1) X 1,000 2.Adjusted = A2xB2			

ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560–กุมภาพันธ์ 2561) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)</p> <p>รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561–กรกฎาคม 2561) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)</p>						
เกณฑ์การประเมิน :							
ปี 2561 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
40		40		40		40	
ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
38		38		38		38	
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
36		36		36		36	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
34		34		34		34	
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC adjusted สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2569) มาตรฐานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(ฉบับบูรณาการ) และแนวทางการประเมินตนเอง คู่มือก้าวสู่อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ คู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น คู่มือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คู่มือพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น 						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2557	2558	2559		
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	47.9	44.8	42.5		

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com</p> <p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904167 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 Email : poppysunko.j@gmail.com</p> <p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																											
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน																											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ																											
คำนิยาม	<p>วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./ รพช./ รพท. และ รพ.สต.</p> <p>ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม. โดยคำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.)</p> <p>ผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) ผู้ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถ กระตุ้นให้บุคคลอื่นๆในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านการเป็น ผู้นำการสร้างสุขภาพ</p>																											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> <td>ปี 2564</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 56</td> <td>ร้อยละ 57</td> <td>ร้อยละ 58</td> </tr> </table>				ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58																
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																									
ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58																									
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน																											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม																											
แหล่งข้อมูล	Health data center (HDC)																											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีดัชนีมวลกายปกติที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด																											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 30 ปี 0 เดือน 0 วัน – 44 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด																											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																											
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2561:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 55</td> </tr> </table> <p>ปี 2562:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ปี 2563:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 55	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
			ร้อยละ 55																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล : การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDCกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :	1.โรคอ้วนลงพุง	7.ออกกำลังภายในคนอ้วน
	2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง	8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ
	3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง	9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ
	4. ขยับกับกิน	10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
	5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส	11. ออกกำลังภายในวัยทำงาน
	6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ	12. การเดินนี้ไซร์ ไม่ใช่ธรรมดา

สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.dopah.anamai.moph.go.th

<http://nutrition.anamai.moph.go.th>



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มี ค่าดัชนีมวล กายปกติ ร้อย ละ 54.08	ร้อยละ	54.75 (ปกก 7.8 ลค.)	52.54 (ปกก 5.7 ลค.)	54.08 (ปกก 10 ลค ณ 9 กย. 59)	51.80 (ปกก 6.7 ลค. ณ 25 กย.60)	
				51.44 (ปกก 10 ลค ณ 8 ตค.59)		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงนภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904328 โทรสาร : 02-5904339	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4211411 E-mail : napavkul@gmail.com
	2. นายแพทย์อุดม อัสวตมางกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรสาร : 02-5904587	ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 081-3776623 E-mail : udom.a@anamai.mail.go.th
	3. นางวสุนธรี เสรีสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339	นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9162564 E-mail : wsarsanasuwan1960@gmail.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <p>มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :</p> <p>(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)</p> <p>P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ. และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG - พัฒนาหลักสูตร CM - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

	<ul style="list-style-type: none"> - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอดันแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในรูปแบบ Application - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ Application <p>R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน <p>A : - ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ <p>B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนาทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม Health Literated Society
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน
---------------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอกว่าทั่วประเทศ
-----------------------------	--

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน								
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ 3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60						
ปี 2562 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70						
ปี 2563 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80						
ปี 2564 :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95						
วิธีการประเมินผล :	1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน 2. ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน								
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL								

	<p>4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>5. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)	81.2 (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p> <p>1. นายแพทย์วิชระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรสาร : อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : drwachira99@gmail.com</p> <p>2. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904072 โทรสาร : รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : attapon2008@gmail.com</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรสาร : 02-5904500 ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 081-6829668 E-mail : kittilarp@yahoo.com</p> <p>2. นางวิมล บ้านพวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904509 โทรสาร : 02-5904500 รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 097-2419729 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางรัชณี บุญเรืองศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5904504 โทรสาร : โทรศัพท์มือถือ : 099-6165396 E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ</p> <p>2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563 E-mail: orawannee.a@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	12. ร้อยละของ Healthy Ageing
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้สูงอายุ หมายความว่าตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ● Healthy Ageing หมายความว่า การเป็น ผู้สูงอายุที่ปราศจากโรค และรวมถึงการมีความสามารถในการใช้ร่างกาย สรีรวิทยา จิตใจ และสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ให้ทำงานได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ในที่นี้หมายความถึงผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตตามปกติ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคม (ที่มา: WHO, ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK, 2002) และสามารถประเมิน Healthy Ageing ด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ (Indicators for healthy ageing – a debate, Int.J.Environ. Res. Public Health 2013.) <ol style="list-style-type: none"> 1. A comprehensive assessment of resources 2. Diseases and complaints 3. Cognitive and functional capacities 4. Limitations and disability <p>โดยสามารถอธิบายแต่ละองค์ประกอบของ Healthy ageing ได้ดังนี้:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A comprehensive assessment of resources หมายความว่า การมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการคัดกรอง/ประเมิน (ดำเนินการตามแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายुरายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน ด้วยแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557) ในประเด็น <ol style="list-style-type: none"> 1.1 คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา 1.2 คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน 1.3 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 2. Cognitive and functional capacities หมายความว่า สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย 3. Diseases and complaints หมายความว่า โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden) 4. Limitations and disability หมายความว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)

เกณฑ์เป้าหมาย : ดำเนินการตามข้อ 1 – 5 ตามเกณฑ์ และองค์ประกอบต่อไปนี้

ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็น และยอดคัดกรองสะสม)	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	มีฐานข้อมูล สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบคลุม 100 (สะสม)
2	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
3	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 61	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 62	น้อยลง หรือคงที่ เมื่อเทียบกับปี 63
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62	เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63
5	มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ระดับจังหวัด)	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 25	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 50	-รพท/ศ = 1 แห่ง และ -รพ.ช อย่างน้อย ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 3. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	มีช่องทางการดำเนินการ หลากหลาย ดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data 2. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ในรหัส special pp (สนย.) 3. ระบบรายงาน Health data center report (ข้อมูลสรุปจาก 43 แฟ้ม) 4. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual (เก็บเป็นข้อมูลดิบ) 5. อื่นๆ ตามศักยภาพและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ				
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล 1-5 โดย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. รพท. ศ/ รพช. 3. รพ.สต.				
รายการข้อมูล 1	A = ระดับความสำเร็จ/การดำเนินการตามเกณฑ์				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน : ดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย ข้อ 1 – 5 (ครบทุกข้อ)			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	<p>- เขต/ สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย เพื่อแปลงสู่การปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม</p> <p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลสรุปรวม (Summary data) ผ่านช่องทางระบบฐานข้อมูลของกระทรวงฯ ได้แก่ ระบบ 43 แฟ้ม, Health data center report ฯ</p> <p>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองและติดตามการดำเนินการได้ในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ/ท. รพ.ช และ รพ.สต.) ติดตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุรายคนได้โดยละเอียด ด้วยระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ซึ่ง “ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data เป็นซอฟต์แวร์ที่ช่วยประมวล/แปรผลค่าคะแนนดิบ/การตอบข้อคำถามของผู้สูงอายุ จากการดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ”</p> <p><u>โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์</u></p> <p>(ข้อเท็จจริง: ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ไม่ใช่ระบบที่ใช้สำหรับส่งรายงานภาพรวม ไม่ใช่โปรแกรมช่วยในการทำวิจัย ไม่ได้เป็นการให้พื้นที่บันทึกข้อมูลเพื่อตอบโจทย์ตัวชี้วัดหน่วยงานใดๆของกรม หรือมิได้เจตนาที่มุ่งแสวงหาประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพประชาชนใดๆทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้อง กรุณาสื่อสารวัตถุประสงค์โปรแกรมแก่บุคลากรในพื้นที่ให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริงเพื่อประโยชน์ในการทำงานภาพรวมของบุคลากร ตลอดจนประโยชน์ของประชาชนเป็นหลักสำคัญ)</p>		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข แบบฟอร์ม (One Page) Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening : GA) 		

	<p>5. ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data</p> <p>6. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์</p>										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รวมทั้งประเทศ</td> <td>80.12</td> <td>6.55</td> <td>40.22</td> <td>26.87</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1</p> <p>3. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 25.7</p> <p>4. ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ)</p> <p>5. มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่งของ 12 เขตสุขภาพ</p> <p>(ที่มา 2,4 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)</p> <p>(ที่มา 3: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2557)</p>	รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes	รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87
รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes							
รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 โทรสาร : Email : drprapun@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 โทรสาร : Email : piyanut.igm@hotmail.com</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ</p>										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตะระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>										

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ระดับการแสดงผล	กระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพพระด้อยละที่สามระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

- มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกอำเภอ
- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

หมายเหตุ :

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.ที่มีคุณภาพร้อยละ 50

(อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มี DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จน ถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)									
การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2561:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</td> <td>มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น</td> <td>มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</td> <td>มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50						
ปี 2562:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 60						
ปี 2563:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 70						
ปี 2564:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 80						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 								

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	14. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง											
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 - 2564 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 95

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)
 ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย
 ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้
 ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้
 ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้
 ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้
 (ร้อยละ 85)
 ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)
 ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)
 ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)
 ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

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

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตาม โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรม หลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	- หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการ ฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุม โรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน

	2	จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	- รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ
	3	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ 4 คน)	- รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561 - รายชื่อการจัดทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือ ผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน
	4	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด
	5	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละ 85 ของจังหวัดมี ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง	ร้อยละ	-	-	80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นางวัชรีย์ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 น.ส.ธัญชชา ไทยชนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> นางวัชรีย์ แก้วนอกเขา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโภาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 น.ส.ธัญชชา ไทยชนสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784 		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wacharr@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999 E-mail : borworn67@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550 E-mail : milkthanatcha@gmail.com</p>		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก			
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดยโดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : Harm reduction (สำหรับPWID) 2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับPWID) 3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแทน/เมธาโดน (สำหรับPWID) 4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ก. รูปแบบการให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายถึงรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงาน ในพื้นที่ 			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุทธศาสตร์ของจังหวัด ว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมอย่างน้อยเพียงใด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) -สาวประเภทสอง (TG) -กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ซึ่งมีทั้งพนักงานบริการหญิง (FSW) และชาย (MSW) -กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS –RTCM online																								
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค -ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค www. boe.moph.go.th/aids/																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่มประชากร (MSM,TG ,SW,PWID) ที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีฯเชิงรุก รายจังหวัด																								
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก ของแต่ละกลุ่มประชากร รายจังหวัด																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A/B) \times 100}{\frac{\text{จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันฯ เชิงรุก * รายจังหวัด}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณ รายจังหวัด}}} \times 100$ <p>หมายเหตุ*</p> <p>1.จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก * หมายถึง</p> <p>- ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) +สาวประเภทสอง (TG) + กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ที่คาดประมาณ รายจังหวัด ให้รวมจำนวนการคาดประมาณจากกลุ่มประชากรหลัก ทุกกลุ่ม (MSM,TG ,SW,PWID)</p>																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>ผลงานรอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน																						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 87																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน																						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน																						
-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92																						

ปี 2564 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ผลงานรอบ 12 เดือน		
	-	-	-	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94		
วิธีการประเมินผล :	ประเมิน จากผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการฯ ว่าบรรลุตามเป้าหมายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามผลการดำเนินงานใน ภาพรวมของจังหวัด โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากร หลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากรด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้					
	ผลงานรายปี ปี 2561	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 4 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
	ร้อยละ	57	67	77	87	>87
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูล จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RHIS-RTCM จำแนกรายกลุ่มประชากร 2.ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	
	ร้อยละ		NA	41	42	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. นพ. สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. พญ. วลัยรัตน์ ไชยฟู โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>1. นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พญ.มณฑินี วสันติอุบุโภการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903828 โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 โทรสาร : 02-9659153 E-mail : itimpornt@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค</p>					

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี											
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่</p> <p>มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ</p> <p>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลาดิบ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และให้การรักษา 2. เพื่อให้ประชาชน และเยาวชนในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินการได้รับความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย แพร่ ลำพูน และ สระแก้ว (เขตสุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)</p>											

	2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ จำนวน 200,000 คน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan-cohort แหล่งข้อมูล 1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย คือ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10 2. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือ โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานครบ 5 มาตรการ		
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนตำบลเป้าหมาย (613 ตำบล)		
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์		
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ (200,000 ราย)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี = $(A1/B1) \times 100$ 2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ = $(A2/B2) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561 :			
ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 55 (ของ 613 ตำบล = 338 ตำบล)	ร้อยละ 80 (ของ 613 ตำบล = 491 ตำบล)
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5 (10,000 ราย)	ร้อยละ 40 (80,000 ราย)	ร้อยละ 50 (100,000 ราย)	ร้อยละ 100 (200,000 ราย)
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ต้องมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส			
	1	2	3	4
มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓
มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓

2. การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานไตรมาสที่ 4 ต้องดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

- 2.1 ตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการ สิ่งปฏิกูล
ลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรค
และมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน
ทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ
- 2.2 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระ
และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย (คัดกรองตำบลละ 905 ราย
ในพื้นที่ดำเนินการใหม่ และติดตามตรวจผู้ติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ดำเนินการเดิม)
- 2.3 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธี
อัลตราซาวด์ (เป้าหมาย 200,000 ราย)
- 2.4 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัดผ่าหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการ
การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.5 องค์กรฯ สร้างกระแสปลูกฝังและสนับสนุนผู้ประกอบการในการปลูกปลาปลอด
พยาธิ เพื่อให้ผู้ประกอบการประกอบผลิตภัณฑ์ปลาปลอดพยาธิและบังคับใช้กฎ
หมายให้เป็นรูปธรรม การให้ความรู้/อบรมกับผู้ประกอบการ ทุกตำบลในพื้นที่
ดำเนินการ

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของตำบล ในการคัดกรอง พยาธิใบไม้ตับ	-	-	84 ตำบล (76,000 ราย)	209 ตำบล (100,000 ราย)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903160 โทรศัพท์มือถือ : 081-5559216
โทรสาร : E-mail :

	<p>2. นางอรณาด วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>3. นายอัมภัส วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 6, 7, 8, 9 และ 10</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรณาด วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>2. นายอัมภัส วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรคกรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>พื้นที่เสี่ยงมาก (พื้นที่สีแดง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแ่สนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป (จำนวน 30 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรี ระยอง สระแก้ว ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย สกลนคร สุรินทร์ นครราชสีมา ชัยภูมิ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ชุมพร สตูล ปัตตานี กรุงเทพมหานคร)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแ่สนคนเท่ากับ 5 - 7.4 (จำนวน 21 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พิชณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก อุทัยธานี กำแพงเพชร สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร นครปฐม ชลบุรี จันทบุรี มหาสารคาม นครพนม ศรีสะเกษ ระนอง สงขลา นราธิวาส)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงน้อย (พื้นที่สีเขียว): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแ่สนคนน้อยกว่า 5 (จำนวน 26 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน น่าน เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย อุดรดิตถ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง ประจวบคีรีขันธ์ ตราด สมุทรปราการ บึงกาฬ บุรีรัมย์ มุกดาหาร ยโสธร กระบี่ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช พังงา ยะลา ตรัง พัทลุง</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แ่สนคน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	≤ 4.5	≤ 4.0	≤ 3.5	≤ 3.0
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 105 คน	≤ 210 คน	≤ 315 คน	≤ 420 คน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 90 คน	≤ 180 คน	≤ 270 คน	≤ 360 คน

เกณฑ์การประเมิน : เป้าหมายระดับจังหวัด

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน*	รอบ 12 เดือน*
ร้อยละ 100 ของเด็ก ที่จมน้ำทุกราย ที่ได้รับการสอบสวน	ร้อยละ 25 ของจำนวน เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่มีการใช้ คอกกันเด็ก (Playpen)	จำนวนทีมผู้ก่อการดี ในแต่ละจังหวัด ตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด	จำนวนการเสียชีวิต ลดลงตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด

หมายเหตุ: *รายละเอียดค่าเป้าหมายรายจังหวัดสามารถ download ได้ที่ www.thaincd.com

เป้าการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ทีมใหม่:

- พื้นที่สีแดงและสีเหลือง มีจำนวนทีม
อย่างน้อย ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอ
- พื้นที่สีเขียว มีจำนวนทีม
อย่างน้อย ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอ

เป้าลดจำนวนการเสียชีวิตรายจังหวัด:

- พื้นที่สีแดง ลดลงร้อยละ 25 ต่อปี
- พื้นที่สีเหลือง ลดลงร้อยละ 20 ต่อปี
- พื้นที่สีเขียว ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี

วิธีการประเมินผล :

ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2561 ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
อัตรา	>5.1 - 5.3	>4.9 - 5.1	>4.7 - 4.9	>4.5 - 4.7	≤4.5

เอกสารสนับสนุน :

1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ
2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน
3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ
(www.thaincd.com)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.		
		2558	2559	2560
5.9	อัตราต่อ ประชากรเด็ก แสนคน	6.1	5.9	รอข้อมูล

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสัมพันธ์ เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสัมพันธ์ เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน											
คำนิยาม	<p>การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ</p> <p>ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราการตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอตั้งเป้าหมาย 5 ปี ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="295 1344 1284 1489"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตาย ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2561 เดือนตุลาคม 60 – กันยายน 61											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี											

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100,000 (อัตราต่อประชากรแสนคน)			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	จำนวนไม่เกิน 2,735 คน	จำนวนไม่เกิน 5,696 คน	จำนวนไม่เกิน 8,459 คน	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)				
	ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการเสียชีวิตจาก การบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 4 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 14.5 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อ แสนประชากร
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมิน เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	17	16.75	16.5	16.25
				16
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	21.86 ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)	จำนวน (อัตราต่อ ประชากรแสนคน)	11,567 ราย (17.81)	12,388 ราย (18.97)
				6,637ราย (10.10) (รอบ 6 เดือน)
	ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com			

	<p>2. นายแพทย์ไผท สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7990825 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : zalenxxx@gmail.com</p> <p>3. นายปณัญ จันทร์พาณิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 084-6724678 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : khajohn_j@hotmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวชลธิชา คำสอ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-9243915 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : c.kamsor@gmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																	
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																	
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ																	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด																	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน																	
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl หรือค่าระดับ RPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>2.1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ</p> <p>2.2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว</p>																	
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง																
2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10																
2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20																
2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30																
2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40																
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>2. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง(โดยการคัดกรอง)</p>																	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A/B) \times 100$ 2. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 30	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 80	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 5	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 8	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มควันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออก

กำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

<p>3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี</p> <p>* วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ</p>					
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	2.09	2.40	2.07 รอบ 9 เดือน (ข้อมูล HDC ณ 30 มิ.ย.60)
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตรา	-	-	-	
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973</p> <p>2. แพทย์หญิงสุนี วีชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>		<p>ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445 E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5155911 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. แพทย์หญิงสุนี วีชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>2. นางเมตตา คำพิบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903963</p> <p>3. นางสาวอีสตีน่า อุสนุน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>		<p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : mettakum@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : isteena_143@hotmail.com</p>		

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย											
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ 2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผักและผลไม้สดต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณไม่เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ นมโรงเรียน 4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง นมโรงเรียนต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70									
หมายเหตุ :	เกณฑ์เป้าหมายร้อยละในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อยที่ 1-2 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด											
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนของนมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนของนมโรงเรียนที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B)+(C+D))/2 \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะทำงาน CIPO Food Safety มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผน ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ 100 ของแผน และรายงานผลการดำเนินงานตามช่องทางที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต วางแผนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
วิธีการประเมินผล :	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ			
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 1-2			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560*
			1. อาหารสด		-
1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ				
2. อาหารแปรรูป					
2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	92.64	
หมายเหตุ: * ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2560					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นายชาติชาย ตั้งทรงสุวรรณ์ (ประเด็นการดำเนินการทางกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ : 081-1746236 โทรสาร : 02-5918462 E-mail : chaitang@fda.moph.go.th</p> <p>2. นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ (ประเด็นผักและผลไม้สด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907406 โทรศัพท์มือถือ : 084-1192288 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : lawdreamt@gmail.com</p> <p>3. นางสาวโชติตินภา เหล่าไพบูลย์ (ประเด็นนมโรงเรียน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907218 โทรศัพท์มือถือ : 081-0557988 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางสาวกนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ											
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับอนุญาต และที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้นตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉกฉก หรือ วิเคราะห์ซ้ำ</p> <p>หมายเหตุ : การรายงานผลการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แยกผลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบเบื้องต้นให้ชัดเจนตามรูปแบบที่กำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>96</td> <td>97</td> <td>98</td> <td>99</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	96	97	98	99
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
96	97	98	99									
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทั่วประเทศ จำแนกเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการโดยส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำเข้าในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานทุกไตรมาส											
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบโดยชุดทดสอบเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลจากชุดทดสอบเบื้องต้นทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+C)/(B+D)) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)											

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2561 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
1. มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง ส่วนกลาง (อย.) และส่วนภูมิภาค (จังหวัด)	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 6 เดือน	1. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 9 เดือน	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
1.. มีแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงจัดทำข้อเสนอในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	95.56
	- ยา		99.71	99.96	99.91
	- อาหาร		94.01	94.43	92.14
	- เครื่องสำอาง		97.67	96.55	98.56
	- เครื่องมือแพทย์		94.04	91.19	96.52
	- วัตถุอันตราย		97.40	90.24	92.86
	- วัตถุเสพติด		92.26	96.43	98.80
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมพร ขจรวุฒิเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907280 โทรสาร : 02-5907280 กองควบคุมเครื่องมือแพทย์		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-6378201 E-mail : spkj555@fda.moph.go.th		

	<p>2. น.ส.บุญณดา หิรัญเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907343 โทรสาร : 02-5907772 เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4555452 E-mail : mooparn@fda.moph.go.th</p> <p>กองควบคุมวัตถุเสพติด</p> <p>3. น.ส. แหววตา ประพัทธ์สร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907273 โทรสาร : 02-5918468 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4852605 E-mail : veawta@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย</p> <p>4. นางอรชуда ฐูปถมพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907385 โทรสาร : 02-5918483 เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-7712605 E-mail : artp@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มควบคุมวัตถุอันตราย สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย</p> <p>5. นางอัจฉิมา สถาพรเจริญยิ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907358 โทรสาร : 02-5918477 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-6037214 E-mail : udjima_sa@fda.moph.go.th</p> <p>6. นายวราวุธ เสริมสินสิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรสาร : 02-5907341 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7961437 E-mail : varavoot@hotmail.com</p> <p>สำนักยา</p> <p>7. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักอาหาร</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p><u>ส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1.นายอาทิตย์ พันเดช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907383 โทรสาร : 02-5918484 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-7956951 E-mail : artypun@gmail.com</p> <p>กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คป) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนกลาง</u></p> <p>1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรสาร : 02-5918457 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง คลินิกเอกชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานพยาบาลเอกชน) หมายถึง คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) ได้รับการตรวจเอกสารหลักฐาน และตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และระยะเวลาของกระบวนการขออนุญาต เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) หมายถึง กระบวนการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินจากผู้อนุญาตหรือคณะที่ผู้อนุญาตแต่งตั้งมีมติว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานด้านการให้บริการ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> ทุกเดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูลรายงานผลตัวชี้วัดผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะจะส่ง Link ของแบบการรายงานผลตัวชี้วัดฯที่ Line สारว้ตรออนไลน์ ทุกสิ้นเดือน โดยทางสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 ดำเนินการติดตาม การรายงานผลฯจากสสจ.ในภาพเขตและแจ้งผลตัวชี้วัดฯให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะทราบ เพื่อจัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยส่งภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> แบบรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานผ่าน www.thaispa.go.th
แหล่งข้อมูล	<u>สถานพยาบาลเอกชน</u> สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1- 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด) <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 – 12 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด - จำนวนคลินิกเอกชนรายใหม่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนคลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอตั้งใหม่ทั้งหมด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 และได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = $(B/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 หมายเหตุ : 1. สถานพยาบาลเอกชน : ทุกเดือน 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ : ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 50	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาลเอกชน
ประเมินจากข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ โดยที่ใน
กระบวนการขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ใช้ระยะเวลาดำเนินการ
ทั้งสิ้น 67 วันทำการ อ้างอิงจากหนังสือคู่มือสำหรับประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานคลินิก ISBN : 978-616-11-3402-0 หน้า 3

	<p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>ประเมินผลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดทำรายงานผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต รวบรวมรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในเขตรับผิดชอบส่งกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุก 3 เดือน - กลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจัดทำรายงานพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทุก 3 เดือน - กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตและกลุ่มควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประมวลผลการดำเนินงานภาพรวมส่งกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทุก 3 เดือน 																					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 - คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - คู่มือการปฏิบัติงานการอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 - หนังสือเอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปา 																					
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="906 1137 1489 1473"> <thead> <tr> <th></th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สถานพยาบาล</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>87.30</td> </tr> </tbody> </table>			2558	2559	2560	สถานพยาบาล	-	-	-	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	-	-	87.30						
	2558	2559	2560																			
สถานพยาบาล	-	-	-																			
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	-	-	87.30																			
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <table border="0" data-bbox="464 1532 1489 2007"> <tr> <td>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ</td> <td>ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-1495631</td> <td>E-mail : akom_p@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. นางพรพิศ กาลนาน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-1495631</td> <td>E-mail : kanlanan@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>3. นางสาวกอกุล ไสสกุล</td> <td></td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 0870273701</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-1495631</td> <td>E-mail : mrdit@hotmail.com</td> </tr> </table>				1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410	โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234	โทรสาร : 02-1495631	E-mail : akom_p@hotmail.com	2. นางพรพิศ กาลนาน		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415	โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771	โทรสาร : 02-1495631	E-mail : kanlanan@hotmail.com	3. นางสาวกอกุล ไสสกุล		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415	โทรศัพท์มือถือ : 0870273701	โทรสาร : 02-1495631	E-mail : mrdit@hotmail.com
1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410	โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234																					
โทรสาร : 02-1495631	E-mail : akom_p@hotmail.com																					
2. นางพรพิศ กาลนาน																						
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415	โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771																					
โทรสาร : 02-1495631	E-mail : kanlanan@hotmail.com																					
3. นางสาวกอกุล ไสสกุล																						
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415	โทรศัพท์มือถือ : 0870273701																					
โทรสาร : 02-1495631	E-mail : mrdit@hotmail.com																					

	<p>สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355 โทรสาร : E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u> กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 E-mail : fkpi@hss.mail.go.th</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p><u>สถานพยาบาลเอกชน</u></p> <p>1. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407 โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764 โทรสาร : 02-1495631 E-mail: mew5555@hotmail.com</p> <p>สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>2. ผู้รับผิดชอบการรายงานตัวชี้วัดในระดับเขต ของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355 โทรสาร : E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : chitipat@gmail.com</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)	
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับพื้นฐาน	
	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา	
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN	
	G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก
	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน
	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	
ระดับดี		
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ	

	12. มีการพัฒนาสู่มาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	- ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	- ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

หมายเหตุ ค่าเป้าหมาย 1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100
2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50
3.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 20
4.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ตามที่กรมอนามัยกำหนด) เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน 3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินและรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและส่งรายงานรายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบรายงาน ดังนี้ 1. ระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย ตามรอบการประเมิน 2. ระบบศูนย์ข้อมูล cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

	A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากในเขต
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป = $((A1+A2+A3)/B) \times 100$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป = $((A2+A3)/B) \times 100$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก = $(A3/B) \times 100$ ร้อยละของจำนวนจังหวัดในเขตที่มีโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 40

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ 60 2. โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 70	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
---------------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. แผ่นพับและโปสเตอร์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital <p>สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www. http://env.anamai.moph.go.th</p>
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	-	-	0.63
	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	7.30
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	-	51.62
	ระดับดี	ร้อยละ	-	-	29.93
	ระดับมาก	ร้อยละ	-	-	10.53
ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	92.08	

หมายเหตุ: เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์วิชระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4049 โทรสาร : อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail: drwachira99@gmail.com
---	---

	<p>2. นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4254 โทรสาร :</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>1. นางปรียานุช บุรณะภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางสาวมลฤดี ตรีวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : E-mail: siriwan.c@anamai.mail.go</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางณิรณุช อาภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>3. นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม											
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน											
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) 5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี</td> <td>ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานและส่งให้ศูนย์อนามัย เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มการรายงาน พร้อมสำเนาแบบฟอร์มการรายงานรายจังหวัดเป็นรายไตรมาส 3. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง 											
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผ่านเกณฑ์ในแต่ละระดับ											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ธค.60, มีค.61, มิย.61, กย.61)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)
ปี 2562			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 30 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)
ปี 2563			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดยศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)
ปี 2564			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด) 3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมของประเทศ 		

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p>		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง ความน่าเชื่อถือและทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือและทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายสำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง มีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือและทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>
<p>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</p>		

2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)		
<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการ</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านละหนึ่งคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและมีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและ</p>

	<p>สาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงาน</p> <p>คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้ง คณะทำงานโดยมีประชาชนมีส่วนร่วม, การแต่งตั้ง คณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติ ตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ,การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชนมีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p> <p>2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเสนอต่อ คณะอนุกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติ ตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช</p> <p>สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>		
	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูล</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูล</p>

<p>เชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>ฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p>	<p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p>
<p>4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)</p>		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุน</u> ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3. ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุน</u> ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรม</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุน</u> ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรอง</p>

<p>ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรม อนามัยกำหนด)</p>	<p>อนามัยกำหนด) 4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุน ให้บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p>	<p>คุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) 4.4 มีการส่งเสริม/ สนับสนุนให้บุคลากรของ หน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้ คำปรึกษา : Instructor) 4.5 มีองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรอง คุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่าง น้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการ จัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม</p>
<p><i>หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา</i></p>		
<p>5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</p>		
<p>5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อน ให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพ ในการจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชน ระยะยาว 5.2 ตำบลมีชุมชนที่มี ศักยภาพในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็ง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพ ในการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของ ตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม 5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบท ของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรม ชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มี ศักยภาพในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อย ละ 50 ของตำบลมีชุมชน เข้มแข็งด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม 5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>

			5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน
6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ เก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใดและมีการสื่อสารข้อมูล</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p>	<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัด และมีการเตรียมความพร้อมด้านคนและอุปกรณ์</p>	<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพ จากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีการเก็บข้อมูล(เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพ</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนฯ และมีการฝึกซ้อมตามแผนตอบโต้</p>	

		6.5 มีแผนงาน/โครงการ เพื่อการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัดและเก็บ/สรุปการฝึกซ้อมฯ 6.5 มีแผนงาน/โครงการและมีการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 3. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) 7. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 8. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ 9. แนวทางการดำเนินงานการจัดการระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 10. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล 11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 12. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ 14. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 15. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 16. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 2559 2560
	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ	- - 60.53 (46 จังหวัด) ณ 25 กย.60

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวพาสนา ชมกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรสาร : 02-5904356 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th
---	--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)											
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชน ประมาณ 10,000 คน \pm 20%</p> <p>ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50%)</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม</td> <td>ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 ทีม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	ร้อยละ 57 (1,853 ทีม)	ร้อยละ 78 (2,535 ทีม)	ร้อยละ 100 (3,250 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 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม)											

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2564 = 3,250 ทีม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	724 ทีม (สะสม)	788 ทีม (สะสม)	1,044 ทีม (สะสม)	1,170 ทีม (สะสม) 36 %	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				57 %	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				78 %	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				100 %	
วิธีการประเมินผล :	ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	2558	2559	2560
			-	ตั้งเป้าไว้ 48ทีม และทำได้ตาม เป้าแล้วคิดเป็น 1.48 %	เปิด ดำเนินการได้ 596 ทีม คิด เป็น 18.34%
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724 โทรสาร : 02-5901501 E-mail : duangdao170@gmail.com สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
ระดับการแสดงผล	เขต	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	26. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	
คำนิยาม	<p>ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3</p> <p>หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้		
	ปีงบประมาณ	เบาหวาน
	2561 - 2564	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%
		ความดันโลหิตสูง
		มากกว่าหรือเท่ากับ 50%
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3) 	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	1. $(A/B) \times 100$	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	2. $(C/D) \times 100$	

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561 – 2564 :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
เบาหวาน	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%	
วิธีการประเมินผล :	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	25.24	28.82	20.21 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	22.82	27.00	32.45 รอบ 9 เดือน (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)	
	หมายเหตุ : ข้อมูล จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973 2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973 3. แพทย์หญิงสมณี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : dr.tum@hotmail.com รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงสุนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wsu_1978@hotmail.com
---	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)											
คำนิยาม	<p>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 82.5%</td> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 87.5%</td> <td>≥ 90%</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ 82.5%	≥ 85%	≥ 87.5%	≥ 90%
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
≥ 82.5%	≥ 85%	≥ 87.5%	≥ 90%									
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียน Type area 1 และ 3 หมายถึง <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอาศัยอยู่จริง 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥30%) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 											

แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 																								
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 																								
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1" data-bbox="240 1536 1350 1637"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>$\geq 82.5\%$</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1" data-bbox="240 1720 1350 1821"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>$\geq 85\%$</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1" data-bbox="240 1904 1350 2004"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>$\geq 87.5\%$</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	$\geq 82.5\%$	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	$\geq 85\%$	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	$\geq 87.5\%$
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	-	-	$\geq 82.5\%$																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	-	-	$\geq 85\%$																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																						
-	-	-	$\geq 87.5\%$																						

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	≥ 90%
วิธีการประเมินผล :	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2561 ดังนี้			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	72.5	75	77.5	80
				82.5
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยDM/HT 2. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
				2560
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	77.89 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของสคร 1-12)
				78.58 (จากระบบ HDC ข้อมูล ณ 30 มิ.ย.60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรสาร : 02-5903973 2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903973 3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985 		ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 E-mail : dr.tum@hotmail.com รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986 โทรสาร : 02-5903985 		หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794 E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com	

	<p>2. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>3. นางนิตยา พันธุ์เวทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncd0424.3@gmail.com</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง											
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7									
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 - ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม											
แหล่งข้อมูล	- รายงาน ตก.2 - ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย (I60-I69)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (I60-I69)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)											
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2561 : <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7									
	ปี 2562 : <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7									
	ปี 2563 : <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7									

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
วิธีการประเมินผล :	รายงาน ต.ก.2			
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	9.1	ร้อยละอัตราตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	17.1	9.9
			2559	2560
			8.3	9.1
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรสาร : 02-3547072 E-mail: suchathanc@yahoo.com 2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072 E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072 E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)								
คำนิยาม	<p>29.1 RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="475 902 1476 1346"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table> ▪ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="475 1413 1476 2018"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table> 	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 	RDU 1	RDU 2	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)								
<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 								
RDU 1	RDU 2								
<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 								

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU 1	RDU 2
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

29.2 AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม AMR
<p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยที่มบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p>
<p>2.การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2.2 โรงพยาบาลจัดทำ (1) ระบบ Lab Alert กรณีพบเชื้อดื้อยาที่สำคัญของโรงพยาบาล (2) รายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (ข้อมูลปีปฏิทิน 1 ม.ค. – 31 ธ.ค. ของทุกปี) และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

	<p>3.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p>
	<p>4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายงานการเชื้อมาก่อนโรคร และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่งที่เป็นปัญหาสำคัญ ปีละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูลในข้อ (1)- (3) มายังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค</p>
	<p>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการดำเนินงาน โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 80%	RDU ชั้นที่ 2 80% RDU ชั้นที่ 3 20%	RDU ชั้นที่ 3 80%
	AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ			การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 %
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน (A1 = RDU ชั้นที่ 1 และ A2 = RDU ชั้นที่ 2)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU : $(A1/B) \times 100$ และ $(A2/B)$ AMR: $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4 (แบบสะสม)			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
RDU ชั้นที่ 1 60%	RDU ชั้นที่ 1 70%	RDU ชั้นที่ 1 80%	RDU ชั้นที่ 1 80%
RDU ชั้นที่ 2 5%	RDU ชั้นที่ 2 10%	RDU ชั้นที่ 2 15%	RDU ชั้นที่ 2 20%
		AMR: ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			RDU ชั้นที่ 2 80%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			RDU ชั้นที่ 2 80%
			RDU ชั้นที่ 3 20%

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			RDU ชั้นที่ 3 80%

วิธีการประเมินผล :

การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เอกสารสนับสนุน :

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ข้อมูลไตรมาส 3/2560	ร้อยละ	-	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- ภญ.ไพรัช บุญฤทธิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628
โทรสาร : 02-5901634
เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289
E-mail : praecu@gmail.com

กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)
- นางวารภรณ์ เทียนทอง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652
โทรสาร : 02-5903443
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980
E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com

สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง			
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 2) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</p> <p>ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</p> <p>ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</p> <p>ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต</p>				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สุพจน์ จิระราชโว รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 063-2358956 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : supodjira@yahoo.com</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>4. นายพิทยา สร้อยสำโร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 โทรสาร : 02-5901631 E-mail : refermoph@hotmail.com</p>				

	3. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com
--	--	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31. อัตราตายทารกแรกเกิด			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	< 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.0 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.8 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 2.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ กรมการแพทย์ 2. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 3. รวบรวมข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของ กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2) 2. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center 3. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.6	-	3.4
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.2	-	3.0
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	3.0	-	2.8

ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	-	2.6	-	2.5	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	7	อัตราตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	2558	2559	2560
			5	3.94	3.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928 โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578 โทรสาร : 02-3548439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินต์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์ 				

	<p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี หมายถึงผู้ป่วยในปีที่คำนวณ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆ พบว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>หมายเหตุ วิธีนับ การได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1 ให้ประเมินจาก ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวได้รับข้อมูลระยะของโรค และ/หรือ ได้รับการเตรียมและส่งต่อกลับชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นอย่างน้อย (การเก็บข้อมูล นับจำนวนคน ที่เป็นรายใหม่ในปี)</p> <p>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ผู้ป่วยระยะท้าย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care (หรือตามแนวทางการรักษาของหน่วยงานนั้น) เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia

	<p>7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</p> <p>8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่</p> <p>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</p> <p>10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4) </td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ชั้นตอนที่ 3 ● ชั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ชั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4) 						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1								
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี								
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ(ตามแนวทางของ <u>สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย</u>)**								
รายการข้อมูล 6	F =จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ(ตามแนวทางของ <u>สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย</u>)**								
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)								
รายการข้อมูล 8	H = จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่รายงาน								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) $= (A/B) \times 100$</p> <p>2. ร้อยอยู่ในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ (ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50</u> $= (C/D) \times 100$</p> <p>3. ร้อยอยู่ในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication ▶ โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid ▶ โรงพยาบาลระดับ M2,F1-3 \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid $= (E/F) \times 100$</p> <p>4. ร้อยอยู่ในขั้นตอนที่ 2 (ข้อ 2.2) ร้อยละ ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่รายงานได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) $= (G/H) \times 100$</p>
--------------------	---

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4
-------------------	----------------

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	ขั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)	
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	ขั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)	
ปี 2563 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	ขั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)	
ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)	ขั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)	

<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1</p> <p>1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care - มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล <p>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care - มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล <p>1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลาและมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง <p>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง <p>1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50 โดยคิดจากจำนวนรายใหม่ในปี และมีวิธีคิด ดังนี้</p> <p>สูตร $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาล นั่นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1(หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาล นั่นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) (หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>1.5 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)** และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาริบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
---------------------------	--

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย) **และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไป

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)

- (1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

- (1) ปี 2561 \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3
- (2) ปี 2562 \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3
- (3) ปี 2563 \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3
- (4) ปี 2564 \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด

กตจุذبำบ้ด การปรับสมดุร่ำงกาย เป็นต้้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภำพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภำพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภำพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภำพ

โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication (ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ) และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประค้บประคอง เช่น สวดมนต์บำบ้ด สมำธิบำบ้ด กตจุذبำบ้ด การปรับสมดุร่ำงกาย เป็นต้้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ M 1-2, F 1-3 ในเขตสุขภำพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภำพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภำพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจ่ำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภำพ

ชั้นต่อนที่ 3

- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในชั้นต่อนที่ 1 ครบถ้ว้น และมีการดำเนินการตั้งต้อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประค้บประคอง และมีการดำเนินงานอย่ำงเป็นรูปธรรม ร่ว้มกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่งๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อ่ำส่ำสมัครในชุมชน เป็นต้้น อย่ำงน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรรมต้อ 1 โรงพยาบาล

- สำหรับปี 2561- 2564มีการดำเนินการในชั้นต่อนที่ 1-2 ครบถ้ว้น และมีการดำเนินการตั้งต้อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประค้บประคอง มีการดำเนินงานอย่ำงเป็นรูปธรรม ร่ว้มกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่งๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อ่ำส่ำสมัครในชุมชน เป็นต้้น อย่ำงน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรรมต้อ 1 โรงพยาบาล

ชั้นต่อนที่ 4 มีการดำเนินการในชั้นต่อนที่ 1-3 ครบถ้ว้น และมีการดำเนินการ ต้อไปนี้

4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการสร่ำงเครือข่ำย และแนวทางการรับ-ส่งต้อของเขตสุขภำพที่ชัดเจน เป็นล่ำยลักษณะอักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อกำดูแลที่ต้อเนื่อง และเพิ่มการเข้ำถึงการได้รับดูแลแบบประค้บประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร่ำงเครือข่ำย และแนวทางการรับ-ส่งต้อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร่ำงเครือข่ำย และแนวทางการรับ-ส่งต้อฯ เป็นแนวทางใช้ร่ว้มกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร่ำงเครือข่ำย และแนวทางการรับ-ส่งต้อฯ เป็นแนวทางใช้ร่ว้มกันทั้ง

	<p>เขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)</p> <p>(4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ</p> <p>4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ</p> <p>(1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย</p> <p>(2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี</p> <p>5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)</p> <p>(1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>(4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP</p> <p>หมายเหตุ (1) - (4) คัดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)</p> <p>5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</p> <p>มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)</p> <p>(1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล</p> <p>(2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด</p> <p>(3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ</p> <p>(4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016

	<p>(https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)</p> <p>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554</p> <p>5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไธ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918245 โทรสาร : 02-5918244 ที่ปรึกษากรรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9105216 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com</p> <p>2. นางอำไพพร อังวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906282 โทรสาร : 02-5918264-5 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6685008 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com</p> <p>3. นางสาวศิวาพร สังรวม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906146 โทรสาร : 02-5918244 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6093836 E-mail : keaksiwa@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906329 โทรสาร : 02-9659851 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-3554866 E-mail : klangpol@yahoo.com</p> <p>กรรมการแพทย์</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ</p> <p>2. นายแพทย์ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906047 โทรสาร : 02-5918279 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก											
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทักหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกสมาธิบำบัด - ฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 61</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 62</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 63</th> <th style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20</td> <td style="text-align: center;">ร้อยละ 20</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 20 - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20									
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร											

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 = จำนวนครั้งที่มีรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มีรับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ทบทวนรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan</p> <p>2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ</p> <p>3. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข</p>	<p>1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ</p> <p>1.1 รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง (A-M1)</p> <p>1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง (M2-F3)</p> <p>2. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอำเภอละอย่างน้อย 2 แห่ง</p>	<p>สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ -คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F3)</p> <p>- คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน(A-F3)</p> <p>- คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M1)</p> <p>- บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต.</p>	<p>ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 แบ่งเป็น</p> <p>- รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 10</p> <p>- รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20</p> <p>- รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 30</p>

ปี 2562 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 20																							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																													
			ร้อยละ 20																													
ปี 2563 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 20																							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																													
			ร้อยละ 20																													
ปี 2564 :	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 20																							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																													
			ร้อยละ 20																													
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 																															
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 																															
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>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>17.51</td> <td>17.15</td> <td>19.75 (ณ 30 ก.ย. 60)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2553</td><td>5.78</td></tr> <tr><td>2554</td><td>11.92</td></tr> <tr><td>2555</td><td>11.24</td></tr> <tr><td>2556</td><td>14.05</td></tr> <tr><td>2557</td><td>16.59</td></tr> <tr><td>2558</td><td>17.51</td></tr> <tr><td>2559</td><td>17.15</td></tr> <tr><td>2560</td><td>19.75</td></tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	17.51	17.15	19.75 (ณ 30 ก.ย. 60)	ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	2553	5.78	2554	11.92	2555	11.24	2556	14.05	2557	16.59	2558	17.51	2559	17.15	2560	19.75
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																												
		2558	2559	2560																												
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	17.51	17.15	19.75 (ณ 30 ก.ย. 60)																												
ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ																															
2553	5.78																															
2554	11.92																															
2555	11.24																															
2556	14.05																															
2557	16.59																															
2558	17.51																															
2559	17.15																															
2560	19.75																															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636 ผู้อำนวยการแพทย์ทางเลือก <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com</p>																															

	<p>3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677</p> <p>กองการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495653 โทรสาร : 02-1495653</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ไทย – จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน สนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail : augus_organ@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>2. นางสาวศศิธร ไทญ์สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>3. นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> <p>4. นางสาวสุกัญญา ขายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : ckttmman414@hotmail.co.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต											
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 55</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 65</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการปี (ใส่ปีที่ต้องการวัด) จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข แล้วทำการรวมข้อมูลเข้ากับข้อมูลของปีงบประมาณ 2552- ปีก่อนปีที่ต้องการวัด (เช่น ต้องการวัดผลการเข้าถึงบริการปี 2560 ต้องนำข้อมูลปี 2560 รวมกับข้อมูลของปี 2552-2559) โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com</p> <p>ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ 1) วันที่เข้ารับบริการ 2) คำนำหน้า 3) ชื่อ 4) นามสกุล 5) เพศ 6) เลขที่บัตรประชาชน 7) วันเดือนปีเกิด 8) อำเภอ 9) จังหวัด 10) รหัสโรคซึมเศร้า 11) คะแนน 9Q 12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว)</p>											

	<p>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2 <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจภาวะบาดเจ็บทางจิตวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี...(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1-2 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน เช่น ในปีงบประมาณ 2560 จะฐานประชากรประจำปี 2558) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 :	<table border="1" data-bbox="263 1854 1332 1955"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ ร้อยละ 55
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	≥ ร้อยละ 55						

ปี 2562 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ร้อยละ 60					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	≥ร้อยละ 60											
ปี 2563 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ร้อยละ 65					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	≥ร้อยละ 65											
ปี 2564 :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	≥ร้อยละ 70					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	≥ร้อยละ 70											
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม โดยการรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 - ปีที่ต้องการจะวัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com													
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com													
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>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>36.76</td> <td>44.14</td> <td>48.50</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p> <p>2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 E-mail : pat-ukn@yahoo.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com</p> <p>ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>													

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น ผู้การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
แหล่งข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อ ประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อ ประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)

ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อ ประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ชุดข้อมูล 43 แห่ง จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.08	6.47	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรสาร : 043-224722 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com นายแพทย์ศกรินทร์ แก้วเห่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรสาร : 043-224722 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com นางอรพิน ยอดกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin545@gmail.com <p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออโรปิติกส์)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>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</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น 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				
	ปีงบประมาณ 61 < ร้อยละ 30	ปีงบประมาณ 62 < ร้อยละ 28	ปีงบประมาณ 63 < ร้อยละ 26/50	ปีงบประมาณ 64 < ร้อยละ 24/48
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10			
รายการข้อมูล 1	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)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :

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

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิดcommunity- acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community- acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community- acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community- acquired sepsis น้อย กว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้					
	คะแนน	1	2	3	4	5
	อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ 10	อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ 5	อัตราตายสูงตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 5	อัตราตายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	35.40	34.79	32.03	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พจน์ อินทลาภพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081-6125891 E-mail : drpojin@yahoo.com 2. นพ.กิตติชัย มูลวิริยกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-4217606 E-mail : kittii04@yahoo.com 3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลพิษณุโลก อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535 E-mail : mr.sepsis@yahoo.com 4. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลลำปาง อายุรแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036 E-mail : crisis27@gmail.com					

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์</p>				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="472 282 943 427"> <p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> </td> <td data-bbox="943 282 1474 427"> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 427 943 651"> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p> </td> <td data-bbox="943 427 1474 651"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> </td> </tr> </table> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
<p>1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ภายหลังจากการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษากเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42 <p>ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse)

ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ

ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท.- วิทยุณีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิทยุณีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มีระดับ รพศ./รพท.- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

จำเป็นต้องมีเภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มีตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยุณีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงาน(Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)	1. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 28 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 25 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 20 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดอัตราการตาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักแบบ Early surgery ภายใน 72 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และการตายของประชากรกลุ่มนี้ของประเทศในอนาคต 2. เพื่อสร้างทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำทั้งนี้เพื่อให้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis) 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) 4. ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise programme) 5. ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education programme) <p>และเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่</p>																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="470 1055 1465 1854"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>โรงพยาบาล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>โรงพยาบาลสุพรรณบุรี (จ.สุพรรณบุรี)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.</td> </tr> </tbody> </table>	เขต	โรงพยาบาล	1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)	2	โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)	3	โรงพยาบาลสุพรรณบุรี (จ.สุพรรณบุรี)	4	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)	5	โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)	6	โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)	7	โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)	8	โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)	9	โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)	10	โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)	11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)	12	โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)	13	โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.
เขต	โรงพยาบาล																												
1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)																												
2	โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)																												
3	โรงพยาบาลสุพรรณบุรี (จ.สุพรรณบุรี)																												
4	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)																												
5	โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)																												
6	โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)																												
7	โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)																												
8	โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)																												
9	โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)																												
10	โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)																												
11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)																												
12	โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)																												
13	โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.																												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวง 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ 																												

แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำคู่มือการจัดตั้งทีม Capture the Fracture แก่พื้นที่จัดอบรมให้ความรู้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3 และ 13	1.จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12	1.จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10	มีการจัดตั้งทีม Capture the Fracture ครบทั้ง 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.1 ร้อยละ 5 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 15 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.1 ร้อยละ 24 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 26 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 28 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละ 34 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 36 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 38 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ เพื่อปรับมาตรการและกลยุทธ์		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
	NA	NA	2557 2558 2559
	NA	NA	NA NA NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851 สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539844 โทรสาร : 02-3539845 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์		หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-1128899 E-mail : somsakortho@gmail.com
	2. นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com

	3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-591-8279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
--	--	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้			
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 ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
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	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = รพ.ระดับ F2 ในเขตที่และ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ในเขตบริการนั้น			
รายการข้อมูล 2	B = รพ. ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	100	-	100
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	100	-	100

ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แก่ผู้ป่วยได้จริง และมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI (ในปีพ.ศ. 2561 ≥ ร้อยละ 50 , พ.ศ. 2562≥ ร้อยละ 60 พ.ศ. 2563≥ ร้อยละ 70, พ.ศ. 2564 ≥ ร้อยละ 80) 4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน หมายเหตุ : ต้องมีข้อ 1-3 ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	90.23	ร้อยละ	75.93	100
			2560	94.75
	ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์ หมายเหตุ : ประเมินผลปี 2559 โดยเฉพาะมีแนวทางและมียาจะให้ สำหรับในปี 2560 ต้องมีข้อ 1-3 แต่ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายของการให้ยาไว้			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : kk_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางกนกพร แจ่มสมบุรณ์ รองผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30903 โทรศัพท์มือถือ : 089-8131937 โทรสาร : 02-5470907 E-mail : j_kanokpon@hotmail.com กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
	กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-591-8279	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (จากฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2560 : 28 ต่อแสนประชากร)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	27 ต่อแสนประชากร	26 ต่อแสนประชากร	25 ต่อแสนประชากร	24 ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสน ประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสน ประชากร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์แผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	27
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	26
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25

ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	-	-	24
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ กองยุทธศาสตร์และแผนงานจากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย			
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	20.20	ต่อประชากรแสนคน	28.6	20.41
			2560	11.6 (4 เม.ย. 60)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236 โทรสาร : 02-5919972 E-mail : k_hm2000@yahoo.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์</p> <p>2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p>			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร : 02-591-8279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอกวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62		ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80		ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 80					
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 80					
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 80					
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด (Operation_date)</u> เพื่อการรักษา 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> 3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u> 3.5 <u>วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย</u> ไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1 จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2 หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง 				
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$ 				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
80	80	80	80		
ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
80	80	80	80		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
80	80	80	80		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
85	85	85	85		
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	75.66	78.83	78.99
	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	74.65	81.17	81.89
	รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.54	60.40	74.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.วีรุฒิ อิมสำราญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036 กรมการแพทย์		ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 E-mail : armohmy@yahoo.com		
	2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์		รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com		

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.พัชรวิทย์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
	กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ และท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C22,C24) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2559 (26.3 ต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	26	25.6	25.3	25
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งตับรายใหม่ เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปตับ)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22,C24)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	26
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25.6
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25.3
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย			
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2559			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
				26.3	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	26.3 (2559)	ต่อประชากร แสนคน		26.3	NA
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรศัพทมือถือ : 081-5673823 โทรสาร : 02-3547037 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ E-mail : arkom70@hotmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราตายจากมะเร็งปอด			
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2559 (20.6 ต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	20.3	20.1	19.9	19.6
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	20.3
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	20.1
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.9
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	19.6
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย			
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2559			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
				20.6	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	20.6 (2559)	ต่อประชากร แสนคน			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555 โทรศัพทมือถือ : 081-5673823 โทรสาร : 02-3547037 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ E-mail : arkom70@hotmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr											
คำนิยาม	<p>CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้ประเมินใน scale ที่เล็กกว่าจังหวัด เนื่องจาก รพ.แต่ละระดับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกัน ซึ่งจะมีอัตราการความเสื่อมของไตต่างกัน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 67</td> <td>ร้อยละ 68</td> <td>ร้อยละ 69</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> N183-184 หรือ 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	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 และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)											
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2561:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 66</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน									
-	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66									

ปี 2562:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67	ร้อยละ 67		
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69	ร้อยละ 69		
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.		
	(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558)	ร้อยละ	2557	2558	2559
			63.8	64.8	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลหาดใหญ่		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 E-mail : kcharoen007@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายไพบูลย์ ไวกย โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : HDC กระทรวงสาธารณสุข		หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ.พระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์มือถือ : 081-8534057 E-mail : paiboon.wa@moph.mail.go.th		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน			
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาดูต่ำกว่า 20/400			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตัวอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020 thailand ทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
		ร้อยละ 85		ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจก ชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	80.5	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 061-4261532 โทรสาร : 034-225421 E-mail : warroph@gmail.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โปรแกรม Vision2020				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล											
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 <p>หมายเหตุ :</p> <p>ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตตั้งเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจาก การปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.7 : 100</td> <td>0.8 : 100</td> <td>0.9 : 100</td> <td>1.0 : 100</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	0.7 : 100	0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
0.7 : 100	0.8 : 100	0.9 : 100	1.0 : 100									
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S และ M1 ทั่วประเทศ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในช่วงปีงบประมาณ 2561 มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560											
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S และ M1 ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2560 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	0.175 : 100	0.35 : 100	0.525 : 100	0.7 : 100	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	0.2 : 100	0.4 : 100	0.6 : 100	0.8 : 100	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	0.225 : 100	0.45 : 100	0.675 : 100	0.9 : 100	
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	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
	ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี 2558	ร้อยละ	0.33	0.31	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กองบริหารการสาธารณสุข		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : Primary05@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.สกานต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์		นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติดและได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
(Leading Indicator)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
(lagging Indicator)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามดูแลและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดติดยาเสพติด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด และหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตามเกณฑ์จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. Leading Indicator = (A/B) x 100 2. Lagging Indicator = (A/C) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561: Leading / lagging Indicator				
	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	90/50	90/50	90/50	

ปี 2562: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
92/52	92/52	92/52

ปี 2563: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
94/54	94/54	94/54

ปี 2564: Leading / lagging Indicator

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
96/56	96/56	96/56

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูล Leading Indicator

สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข

ข้อมูล lagging Indicator

สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์คุณภาพ และดิจิทัลสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เกณฑ์การให้คะแนน Leading / lagging Indicator

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
70/10	75/20	80/30	85/40	90/50

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่หายเสพยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)	ร้อยละ	87.57/40.57	90.92/44.07	93.94/35.09

หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ. อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106
 โทรสาร : E-mail :
 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

	<p>2. นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908007 โทรสาร : 02-1495533</p> <p>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p> <p>3. นพ.อัครพล ศุรุศาสตรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6667553 E-mail : burinsura@hotmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 E-mail : akraponmuk@gmail.ccom</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : 02-5901740</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>2. นางระเบียบ โตแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310080 ต่อ 398,399 โทรสาร :</p> <p>สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail : acharawi@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 097-0314811 E-mail : rabiab_to@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง											
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**) ● เนื่องจากคำนิยามของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศ และ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว ● กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา จึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรลุได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง <p>* ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์หรือความเห็นของแพทย์</p> <p>** พิจารณาจากระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลัก intensive rehabilitation, บทเรียนจากการพัฒนาในต่างประเทศและ best practice บางกล้า, หาดใหญ่, สระบุรี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50									
วัตถุประสงค์	<p>การดูแลระยะกลางมีจุดประสงค์เพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings 2) พื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation 3) ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม 											

	4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน													
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	1. ไตรมาส 2 และ 4 (ปี 2561) 2. ไตรมาส 4 (ปี 2562 - 2564)													
เกณฑ์การประเมิน :														
ปี 2561:														
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ 5</td> <td></td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 5		ร้อยละ 10					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
	ร้อยละ 5		ร้อยละ 10											
ปี 2562:														
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 20					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
			ร้อยละ 20											
ปี 2563:														
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 30</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 30					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
			ร้อยละ 30											
ปี 2564:														
	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 50					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
			ร้อยละ 50											
วิธีการประเมินผล :	สสจ.จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน													
เอกสารสนับสนุน :	การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, Intermediate Care System NHS UK, British Geriatrics Society, รายงานภาวะโรค IHPP 2556, HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Baseline data</td> <td rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>2559</td> <td>2560</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2558	2559	2560										

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กองบริหารสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.ศุภศิลาธิ์ จำปานาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-3634- 3500 โทรสาร :</p> <p>โรงพยาบาลสระบุรี</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-7751555 E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : Peed.pr@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวสุประวีณ์ เขมลาย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590- 1642 โทรสาร :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kaonaina@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery											
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และ ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery											
คำนิยาม	<p>One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค</p> <p>หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inguinal hernia , Femoral hernia 2. Hydrocele 3. Hemorrhoid 4. Vaginal bleeding 5. Esophagogastric varices 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture 											
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ : เกณฑ์เป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 อาจจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของการประเมินโครงการปี 2561</p>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน											
แหล่งข้อมูล	เขตบริการสุขภาพ , Health Data Center											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4											

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 15		ร้อยละ 15

ปี 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 :

- คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)
- คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
-	ร้อยละ	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายทวิ รัตนชูเอก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077
โทรสาร : 02-3548146
โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705
E-mail : thawee1958@gmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
- นพ.ทวิชัย วิษณุโยธิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000
โทรสาร 044-235388
โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148
E-mail : taweechai1@hotmail.com
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- นพ.วิบูลย์ ภัณฑศศิกรณ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800
โทรสาร : 034-511507
โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746
E-mail : wibunphantha@yahoo.com
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851
โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>กรมการแพทย์</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	--	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery			
ระดับการแสดงผล	เขต และ ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			
คำนิยาม	Minimally Invasive Surgery (MIS) หมายถึง การผ่าตัดส่องกล้องตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค ดังนี้			
	Diagnosis (การวินิจฉัย)		Procedure (หัตถการรักษา)	
	Symptomatic gallstone /cholecystitis		Laparoscopic Cholecystectomy	
	Colorectal cancer		Laparoscopic Colectomy Laparoscopic anterior resection Laparoscopic abdominoperineal resection Laparoscopic TME	
	Lumbar disc herniation		Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery	
	ACL injury		Arthroscopic ACL Reconstruction	
	Myoma uteri		Laparoscopic Hyterectomy	
	Ovarian cyst		Laparoscopic Cystectomy	
	เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับการรักษา 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค Minimally Invasive Surgery			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ 13 เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 15		ร้อยละ 15

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ Minimal Invasive Surgery (MIS)

เอกสารสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
-	ราย	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายทวี รัตนชูเอก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705
โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com
โรงพยาบาลราชวิถี
- นพ.ทวิชัย วิษณุโยธิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148
โทรสาร : 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- นพ.วิบูลย์ ภัณฑพิตรกรณ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746
โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัตตะสาระ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357</p> <p>โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334</p> <p>E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	--	--

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ</p> <p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็น Triage Level 1 และ 2</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 12*</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 8</td> <td>ร้อยละ 6</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 12*	ร้อยละ 10	ร้อยละ 8	ร้อยละ 6									
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนา คุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันทเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>HDC</p> <p>1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p>											

	2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ระบบข้อมูล - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความ ปลอดภัย(ER Safety Goals) - ปรับปรุงเกณฑ์ ประเมินคุณภาพระบบ การรักษาพยาบาล ฉุกเฉิน (ECS) - จัดทำมาตรฐานข้อมูล ห้องฉุกเฉิน - สื่อสารนโยบายและ การดำเนินงานพัฒนา ห้องฉุกเฉิน	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 40 2. การจัดการสาธารณสุข ภายในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 40	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 60 2. การจัดการสาธารณสุข ภายในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60 - จำนวนของ โรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 60	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 80 2. การจัดการสาธารณสุข ภายในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 80

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 8

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

- ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
 ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่
- 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
 - 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
 - 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 - 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
 - 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
 - 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 - 1.7 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน
- ขั้นตอนที่ 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
 - 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด
 - 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม
- ขั้นตอนที่ 3** ส่วนกลาง
- 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 - 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต
 - 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>
 คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com
 leip.dms@gmail.com
 - กรมการแพทย์
 2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886
 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com
- โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

	<p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี</p> <p>4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 095-9254656 โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี</p> <p>6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมุทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>7. นางธันณจิรา ธนาศิริชันทน์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>
<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นพ.กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-2554711 โทรสาร : Email : dr_nok@yahoo.com</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 โทรสาร : Email: soontornchin@gmail.com</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>4. นางนริศรา แยมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>

	<p>5. นางพรทิพย์ บุณนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9241771 Email: pherex099@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-591-8276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>4. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com</p> <p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-591-8276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 037-211297</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 E-mail : beera024@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ											
โครงการที่	1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่											
คำนิยาม	<p>1.ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษารักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561											

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561 - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส													
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 - 2564 :														
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
				ร้อยละ 85										
วิธีการประเมินผล	<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ</p> <p>แนวทางการประเมินผล</p> <p>1. ระดับสำนักวัณโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p>2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่</p> <p>3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)</p> <table border="1" data-bbox="502 1720 1452 1821"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≤ 81</td> <td>82</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>≥ 85</td> </tr> </table>				1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	≤ 81	82	83	84	≥ 85
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน										
≤ 81	82	83	84	≥ 85										
เอกสารสนับสนุน	<p>1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล</p>													

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559		
				Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	79.5	80.3	78.2	76.7
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงผลิน กมลวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 2. นายสุสันต์ จิตติมณี พิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935 3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935 4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค			ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-9824196 E-mail : auttagorn@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935 กรมควบคุมโรค			นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด			
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ตาก กาญจนบุรี สระแก้ว ตราด หนองคาย นครพนม มุกดาหาร สงขลา และ นราธิวาส (เป้าหมายในปี 2560-2561 ตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>2. การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วย บริการสุขภาพที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพทั้งแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบประกันสังคมได้รับการจัดการบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งเชิง รุกและเชิงรับ มีสุขภาพอนามัยดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การประเมินความ เสี่ยง การสำรวจความเสี่ยง การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มี ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสี ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคาม ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิง รุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดใน คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนใน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้น พัฒนาขึ้นไป</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564	ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการจัดการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้			
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ดั่งแบบ Report_OHS สสจ.) แจกจ่ายสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบทวนการดำเนินงาน 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (ดั่งแบบ Report_OHS_สคร.) 6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล 7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ดั่งเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น 8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศ และรายงานให้ กยพ. 		
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1,2,5,6,8,10,12 และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (27 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	มีข้อมูลการประเมินตนเองของรพ.	มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 50 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย	เป้าหมาย	สาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีว อนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขต เศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 40	
--	----------	---	--

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
มีการถ่ายทอดแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการ ดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการ ดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
มีการถ่ายทอดแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการ ดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการ ดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 95
มีการถ่ายทอดแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงาน หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการ ดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการ ดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
เอกสารสนับสนุน :	1. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

	2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	55.56
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวิณา ภักดีศิริวิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : กรมควบคุมโรค		รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : E-mail : bhakdi2005@yahoo.com		
	2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรสาร : ศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ		ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : untimanon@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรสาร : 02-5904388		ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : 081-9893609 E-mail : cpadungt@gmail.com		
	2. นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2394 0166 โทรสาร : 02-5904388		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-9495986 E-mail : k.arreepit@gmail.com		
	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์											
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด											
คำนิยาม	<p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 4 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 9 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก(เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ 10) และจังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> <td>12 เขต 13 จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด	12 เขต 13 จังหวัด									
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 6, 8 และ 11 2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. การตรวจราชการและนิเทศงาน											

	3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส) 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน 3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 13 จังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม 2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด 2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง 2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี 2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน) 3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15

<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p>2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)</p>	<p><u>จังหวัดส่วนขยาย</u></p> <p>1. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p> <p>3. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15</p> <p>4. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10</p>
---	---	---	---

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564

	3. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
	4. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนเขต สุขภาพที่มีจังหวัด เมืองสมุนไพร์	เขตสุขภาพ/ จังหวัด	-	-	4/4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวอัญชลี จุฑะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน		ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com		
	2. นายวิวัฒน์ศักดิ์ ศรีรุ่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน		หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน คณะกรรมการนโยบายสมุนไพร์แห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 092-2461023 E-mail : wsornrung@gmail.com		
	3. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน		หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com		
	4. นางกรุณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1.นางสาวศศิธร ใหญ่สกลิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com		
	2.นายชัยพร กาญจนอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน		แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th		
	3. นางสาวมุสซา จันท์ประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรสาร : 02-1495609 กองวิชาการและแผนงาน		แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939 E-mail : ppin1987@gmail.com		

	4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-5910218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukanya0210@gmail.com
--	--	--

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตราากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความ</p>

ร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนา และเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผน การจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้าน จำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดย พิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และ ร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการ สรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการ นำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตร ด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขต สุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การ จัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผน การผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความ ครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของ เขตที่และสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)	1. .แผนความ ต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้อง กับแผนกำลังคน ของเขต) 2. แผนพัฒนา บุคลากร เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5
2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคน และเขตสุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการ ใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5

	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากร อย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) ให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การพัฒนา กำลังคนได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบระบบ การบริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจ ก่อให้เกิดความเสียหายในระดับ เขต/ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรการ ย้าย ลาออกลดลง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมาย ปีที่ 5 ที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ 100 และในแต่ละปีเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ดังตารางนี้

	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 5	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 5	ทุกเขต (12 เขต) ผ่าน เกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)			
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตาม องค์ประกอบข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 4	

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 3

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
4 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	5 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ ≥ 4

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5	

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 4

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
5 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	6 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	7 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ >= 4

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
6 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	7 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 4	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ>= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ>= 4

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	11เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด
--------------------	-------------------------------------

เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>2. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817</p> <p>3. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6962801 E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
--	--	--

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817 2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 สถาบันพระบรมราชชนก	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6962801 E-mail : srinuans711@gmail.com

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน</p> <p>ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น</p> <p>ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้า และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรมเป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด <p>บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา

	<p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3

เกณฑ์การประเมิน :
ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ของเป้าหมาย	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ของเป้าหมาย	

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของเป้าหมาย			
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 ของเป้าหมาย			
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	77	ร้อยละ	50	50	60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>3. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>				

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้											
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของพนักงานและการนำดัชนีความสุขของพนักงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของพนักงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของพนักงาน</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90									
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ											
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2561 :											
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
		ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 5 ขึ้นไป								

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

สำรวจ

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
-	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

- | | |
|--|---|
| 1. นายสรรเสริญ นามพรหม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410
โทรสาร : 02-5901421 | ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล
โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454
E-mail : sansernx@gmail.com |
|--|---|

กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นางสาวจิรพร ทองหอม
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348
โทรสาร : 02-5901421 | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908
081-4594871
E-mail : jeerap_15@hotmail.com |
| 2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344
โทรสาร : 02-5901421 | นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796
E-mail : sudjaich1@gmail.com |

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)											
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ											
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ กรม											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	57. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)											
คำนิยาม	<p>1. อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร 5 ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)</p> <p>4. การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>5. การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิดจากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>6. การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 91</td> <td>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 94</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 91	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 94
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 91	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 94									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผล											

แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ. 2. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและบำรุงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและบำรุงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและบำรุงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและบำรุงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic”	1. ดำเนินการตามแผน 2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน :

-

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)			
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	58. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ			
คำนิยาม	<p>1. จังหวัด หมายถึง จังหวัดที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้น ๆ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง อัตรากำลังที่มีอยู่จริง ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (นับตามปีงบประมาณ) คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p> <p>4. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนของจังหวัดซึ่งมีหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีอัตรากำลังที่มีอยู่จริง (นับตามปีงบประมาณ) มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. บุคลากรสาธารณสุข (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูล HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน			

แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน 3. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไปของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการสาธารณสุข มีการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินการตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสรรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 E-mail : sansernx@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายพรชัย ปอสูงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรสาร : 02-5901858		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862 E-mail : hrmoph@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
	2. นางสาวณัฐยานันท์ เดชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรสาร : 02-5901421		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812 E-mail : pink1327@hotmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421		นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098 E-mail : p.khruaruan@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
	2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421		นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 E-mail : sudjaich1@gmail.com กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)															
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ															
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ															
ระดับการแสดงผล	ประเทศ															
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด															
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (4) บำรุงรักษาจิตใจ</p> <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p>กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. จำนวน 500,000 คน</td> <td>1,000,000 คน</td> <td>1,000,000 คน</td> <td>1,000,000 คน</td> </tr> <tr> <td>มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	คัดเลือกและพัฒนา อสค. จำนวน 500,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน	มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64													
คัดเลือกและพัฒนา อสค. จำนวน 500,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน													
มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70													
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน 															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เขตสุขภาพที่ 1-12</p> <p>- ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 3 (100%) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>															

	<p>- ครอบครัวยุสูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ปีงบประมาณ 2561 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>- ครอบครัวยุป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด</p> <p>เขตสุขภาพที่ 13</p> <p>- ครอบครัวยุป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD)</p> <p>- ครอบครัวยุสูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC)</p> <p>- ครอบครัวยุป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)</p> <p>จากฐานข้อมูลของหน่วยงานดำเนินงาน อาทิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร <ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักอนามัย 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ 2. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 3. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การขึ้นทะเบียน อสค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว 2. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. <ol style="list-style-type: none"> 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามความสมัครใจของแต่ละหน่วยงาน โดย อสค. แต่ละคนดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2) ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลาง รวมถึงกรุงเทพมหานครสุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว <p>หมายเหตุ : 1. ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th 2) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thai-phc.net 2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลของกรุงเทพมหานคร คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร <ul style="list-style-type: none"> • กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย • สำนักงานการแพทย์

	2) สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 3) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร												
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร 1) สำนักอนามัย 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข 3) สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ 5. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 6. โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4												
เกณฑ์การประเมิน :													
ปี 2561 :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน</td> <td>คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-	-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000 คน	-										
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55										
ปี 2562 :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>120,000 คน</td> <td>เพิ่มอีก 400,000 คน</td> <td>เพิ่มอีก 480,000 คน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน		-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน											
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60										
ปี 2563 :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>120,000 คน</td> <td>เพิ่มอีก 400,000 คน</td> <td>เพิ่มอีก 480,000 คน</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	-	-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	-										
-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65										

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
			ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที่ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร
2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ระดับล่างสุดขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของจำนวน อสค. ทั้งหมด หรือโดยสุทธการคำนวณตามวิธีการทางสถิติอื่น) โดยสามารถบันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th> หรือ www.thaiphc.net

ค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ บทบาท อสค. (60) : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (40)

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ตีมน้ำเปล่า	10
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลาและพาไปพบแพทย์ตามนัด	10
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10
		4. บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40

คะแนนรวมทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</p> <p>2. หลักสูตร อสค.</p> <p>3. คู่มือ อสค.</p> <p>4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว</p> <p>5. เว็บไซต์สำหรับขึ้นทะเบียน อสค. พิมพ์ประกาศนียบัตร และรายงานผลการดำเนินงาน อสค.</p> <p>1) http://fv.phc.hss.moph.go.th</p> <p>2) www.thaiphc.net</p> <p>6. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน</p> <p>หมายเหตุ : 1. เอกสารข้อ 3. คู่มือ อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แก่แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค.</p> <p>2. สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</p>																									
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="464 779 1495 1171"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td> <td></td> <td>คน</td> <td>-</td> <td>50,000</td> <td>470,751</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>91.16</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560</p>						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		คน	-	50,000	470,751	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	91.16
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																							
			2558	2559	2560																					
1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		คน	-	50,000	470,751																					
2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	91.16																					
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>1. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com</p> <p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>																									

	<p>2. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18716 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาค ประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 E-mail : phc.division@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18604 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	60. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจาก ข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 3. ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ป्लุก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่ายมุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) จำนวนทั้งสิ้น 1,850 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency</p>

	<p>Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</p>												
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p>													
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64										
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90										
<p>คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p>													
<table border="1"> <tr> <td>ระดับ</td> <td>สูงมาก</td> <td>สูง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>ต่ำ</td> <td>ต่ำมาก</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </table>		ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก								
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99								
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน 												
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,850 แห่ง จำแนกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 หน่วยงาน <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p>												
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>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 โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน จัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>												
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment</p>												
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)</p>												
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (1,850 หน่วยงาน)</p>												
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>												
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4</p>												

	หมายเหตุ : หน่วยงานจำนวน 1,850 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)
--	---

เกณฑ์การประเมิน : ระดับเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

ปี 2561 :

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

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

หมายเหตุ :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)	หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)

Small Success :

ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น (EB 4- EB 6) ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคมของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกข้อ (EB 1- EB 11) ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายนของทุกปี	ตรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1-EB 11) 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)

ปี) 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 EB4 – EB6

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
EB 4	-	EB 5	-	EB 6

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 4
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 5
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง EB 6

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

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 11)

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

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB 1- EB 11)

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90

	เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	70	75	80	85	90
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		วัด	2558	2559	2560
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	98.82 ผ่าน 84 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	94.12 ผ่าน 80 หน่วยงาน (85 หน่วย งาน)	84.09 ผ่าน 333 หน่วยงาน (396 หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรสาร : 02-5901330		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																			
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง																			
ระดับการแสดงผล	เขต กรม																			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม																			
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อราคาพร้อมที่ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	20	25	30	30								
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																	
20	25	30	30																	
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา มีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และ สอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/กองบริหารการสาธารณสุข)																			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม																			
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																			
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4																			
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15</td> <td></td> <td>20</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td>25</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		15		20	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		20		25
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
	15		20																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
	20		25																	

ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		25		30	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		25		30	
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	มูลค่าการจัดซื้อรวมฯ	ร้อยละ	20.44	20.98	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446 โทรสาร : 02-5901628 E-mail : pchankunapars@gmail.com 2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : paithip@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : paithip@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากร ทุก ระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกัน หรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงาน ที่องค์กรได้กำหนดขึ้น <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติ การควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล ด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย

ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้น การออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)
4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications)
5. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคมของทุกปี โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปอ. 1) เพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบดำเนินการสอบทาน

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและ

สม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอเหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลสภาราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวิธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (ค.ต.ป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบ และประเมินผลสภาราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี
- รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ธันวาคม ของทุกปี

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	ร้อยละ 16	ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน
2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด
3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ดำเนินการเข้าตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจตามแผนการตรวจสอบประจำปีของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง 2. ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานที่ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการและผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบประจำหน่วยงานในส่วนภูมิภาคจัดส่งให้
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมินตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม 2560 - กันยายน 2564 (สรุปผลไตรมาส 4)

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 8
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 12
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 16
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจะต้องดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามแนวทางการประเมินตั้งแต่ประเด็นการตรวจสอบที่ 1-5 และได้คะแนนการประเมินตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th> <th>กิจกรรม</th> <th>ได้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 ระดับหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 อย่างครบถ้วนถูกต้องภายในระยะเวลาตามระเบียบและแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 ระดับหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 อย่างครบถ้วนถูกต้องภายในระยะเวลาตามระเบียบและแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล	1
ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน											
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1											
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1											
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 ระดับหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 อย่างครบถ้วนถูกต้องภายในระยะเวลาตามระเบียบและแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล	1											

		การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน		
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน		1
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ		1
เอกสารสนับสนุน :	ระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544 หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
			2560	
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 E-mail : boonboonboon05@gmail.com 2. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-590-2337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com 3. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com 2. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ระดับการแสดงผล	กรม และ จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 สำนัก/กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะ สำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำ องค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การ ดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด <table border="1" data-bbox="710 1317 1243 1617"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนา องค์กร หมวดละ 1 แผน 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 6. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจ ประเมินภายนอก 	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1,หมวด 5												
2562	หมวด 2,หมวด 4												
2563	หมวด 3,หมวด 6												
2564	หมวด 1- 6												
2565	หมวด 1- 6												

เกณฑ์เป้าหมาย

1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 70)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. (A/B) × 100 2. (C/D) × 100 3. (E/F) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน 2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1,หมวด 5) 3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) 4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60) 2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60) 3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน 2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 2, หมวด 4) 3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) 4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70) 2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70) 3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 3, หมวด 6)</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด</p> <p>3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)</p> <p>2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)</p> <p>3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p>

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน 2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด 3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) 4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) 2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) 3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน				
	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
2	ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน				
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน			
		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด		
	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด		
3	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน				
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน			
		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
	2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด		
	2564-2565	มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	มีแผนครบ 6 หมวด		
4	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน				
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน			
		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
	2561-2563	1 หมวด	2 หมวด		
	2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด		

5

ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการ
พัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ)

1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ส่วนกลาง

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

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม
เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตาม
เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

	<p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>ร้อยละ 0</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2561</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2562-2565</p>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน					1	2	3	4	5	2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																									
	1	2	3	4	5																																					
2561	ร้อยละ 0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20																																					
2562	ร้อยละ 0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40																																					
2563	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60																																					
2564	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80																																					
2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																																					
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/</p>																																									
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>ตัวชี้วัดใหม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																												
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																						
		2558	2559	2560																																						
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-																																						
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> นางสุวรรณา เจริญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร : 02-5901406 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 E-mail : oeysuwanna@gmail.com น.ส.อังคมางค์ หัวเมืองวิเชียร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรสาร : 02-5901406 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277 E-mail : lkung1038@gmail.com นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรสาร : 02-5901406 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444 E-mail : a.deethongon@gmail.com 																																									

	4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาตีพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรสาร : 02-5901406	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954 E-mail : trekrittikas@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางภารวี แก้วพินนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018 โทรสาร : 02-5901406	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079 E-mail : Paravee.kpr@gmail.com กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559) <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 นำปัญหา มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/ กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1.ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต			
	2.ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน			
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ปี 2561 : 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

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 97.56 (160 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.17 (161 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 (576 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)	
เงื่อนไข : <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน) 2. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 						
เอกสารสนับสนุน :	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560 (ไตรมาส 3)
	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป, โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ร้อยละ 96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 97.58 (161 แห่ง จาก 165 แห่ง)
	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาล ชุมชนในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 73.85 (576 จาก 780 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร : E-mail : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : 2. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรสาร : E-mail : รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 E-mail : kavalinc@hotmail.com 3. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรสาร : E-mail : โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 E-mail : 4. นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : E-mail : โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 E-mail : 5. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรสาร : 					

	<p>6. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906132 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นายบรรพต ต่วนภูษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906137 โทรศัพท์มือถือ : 092-5526252 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903395 โทรศัพท์มือถือ : 081-6409393 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903379 โทรศัพท์มือถือ : 099-5696293 โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903347 โทรศัพท์มือถือ : 089-7974695 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908207 โทรศัพท์มือถือ : 086-7323712 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908092 โทรศัพท์มือถือ : 083-1396730 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p>

3. นางจิตติมา ศรสุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332 โทรสาร : E-mail :
4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail :
5. นางสาวศิวพร บุญเสก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869 โทรสาร : E-mail :
กองบริหารการสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว			
คำนิยาม	<p>1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาครัฐมีส่วนร่วม 4) บุคลากรดี 5) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)</p> <p>2. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : (สะสม)				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 8,123 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว ในปี 2560)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว			
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในปี 2560 (9,806 แห่ง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตามปี 2561	1. อบรม ครู ก ครั้งที่ 2 2. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	1. รพ.สต. ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. ประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	1. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 25 (สะสม)

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 50 (สะสม)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 75 (สะสม)

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ร้อยละ 100 (สะสม)

วิธีการประเมินผล :

รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต

เอกสารสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
1,683 แห่ง	ร้อยละ	-	-	17.16

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356
โทรสาร :
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail :

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901378 โทรสาร : 02-5902348 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : strategic2.bps@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. พญ.มานิตา พรรณวดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901387 โทรสาร : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : E-mail :

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ไม่น้อยกว่า 25 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

สาเหตุการตาย

ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2561		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))				
คำนิยาม	<p>Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการจัดการระบบสุขภาพ การเยี่ยม ติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>1.“การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่กำหนดไว้ เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคัดกรอง ข้อมูลโภชนาการ และข้อมูลการเฝ้าระวังในกลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยใช้ข้อมูลในลักษณะของ Data Exchange ระหว่างหน่วยบริการในระบบด้วยกัน และการนำข้อมูล Data Exchange ในแต่ละรายการไปใช้ประโยชน์</p> <p>2.“การจัดการระบบสุขภาพ” หมายถึง การให้บริการข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการขึ้นทะเบียนขอทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยใหม่ของสถานบริการ หรือการร้องขอตรวจสอบ ข้อมูล (Update) ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านระบบ Web Service และ ฐานข้อมูลกลาง (Smart Health ID) ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลที่อยู่ ข้อมูลการแพทย์ และข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2561 เป็น ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 116 แห่ง</p> <p>“หน่วยบริการ” หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่จัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 70			
	2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ60			
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้หน่วยบริการ สามารถจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้อย่างเหมาะสม ในการเยี่ยมติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการวินิจฉัยโรค การสั่งการในการบำบัดรักษาโรคได้</p> <p>3. เป็นการบูรณาการข้อมูลภาครัฐ ตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ แก้ไขปัญหาการทำงานและลดความซ้ำซ้อนในการจัดการระบบ สุขภาพ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน 116 แห่ง</p>				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บ Log Files การใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข 2. เก็บ Log Files การใช้งานการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) 2. ระบบ Smart Health ID			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนครั้งการใช้งาน ระบบ Data Exchange ในแต่ละเรื่องแต่ละเดือน(12 เดือน) ของหน่วยบริการทั้งหมดในแต่ละจังหวัด			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเรื่องในระบบ Data Exchange ทั้งหมด 12 เดือนของหน่วยบริการทั้งหมด ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง 116 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูล = $(A1/B1) \times 100$ 2.การจัดการระบบสุขภาพ = $(A2/B2) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
วิธีการประเมินผล :	1.“การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ” ตรวจสอบการใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน Log Files ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจริงหน่วยบริการ			

	<p>ตัวอย่าง</p> <p>ระบบ Data Exchange มีจำนวนเรื่องทั้งหมด 10 เรื่อง เก็บ Log การเข้าใช้งาน ราย หน่วยบริการ ในแต่ละเดือน เป้าหมายประเมิน 2 ครั้ง ประมาณเดือน มีนาคม และ สิงหาคม ฉะนั้นใน 1 เดือน หน่วยบริการ ควรเข้าใช้ครบ 10 เรื่อง 10 ครั้ง ถ้าประเมินทั้ง 12 เดือน จะเท่ากับ 120 ครั้ง/หน่วยบริการ จังหวัด ก มีหน่วยบริการ 130 แห่ง กรณีที่ ประเมินรอบที่ 1 เดือนมีนาคม ถ้านับ 6 เดือน จะใช้จำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกใช้ ระบบ Data Exchange อย่างน้อย 1 ครั้ง/เรื่อง/เดือน/หน่วยบริการ เป็นเกณฑ์ กรณี เรื่อง โหนดเรียกใช้มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน ให้นับ 1 ครั้งเท่านั้น ผลการดำเนินงานตามรอบ 6 เดือน เช่น หน่วยบริการในจังหวัด ก เข้าใช้งานตามเงื่อนไขได้เท่ากับ 5,200 ครั้ง/130 แห่ง ก็จะมีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ $(5,200 \times 100) / 15,600$ เท่ากับ 33.33 เป็นต้น</p> <p>2.“การจัดการระบบสุขภาพ”</p> <p>ตรวจสอบการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบรายงานและ Log Files ของ ระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข โดยนับจำนวนหน่วยบริการ จำนวนครั้ง ความถี่ที่เรียกใช้งาน ในแต่ละเดือน รายคน(ตาม CID) รายครั้ง รายโรงพยาบาล และราย จังหวัด แต่ในปีงบประมาณ 2561 จะประเมินการเข้าถึงและใช้งานระบบ เท่านั้น</p> <p>ตัวอย่าง</p> <p>นับจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID ของกระทรวง สาธารณสุข โดยถือการ Connect เข้าใช้งานระบบและเรียกดูข้อมูล โดยไตรมาสที่ 1 ต้อง ดำเนินการได้อย่างน้อย ร้อยละ 30 จำนวน 35 แห่ง และไตรมาสที่ 2 ต้องดำเนินการได้ อย่างน้อย ร้อยละ 40 จำนวน 46 แห่ง เปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด 116 แห่ง ไตรมาสที่ 1 คิดเป็นร้อยละ $35 \times 100 / 116$ เท่ากับ 30.17 เป็นต้น</p>													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการปฏิบัติงานการเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้าน สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข ชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลระบบทะเบียน สุขภาพส่วนบุคคล ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRS) ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มข้อมูลที่ประชาชนดูแลตัวเอง ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต กลุ่มข้อมูลสำหรับประชาชน เช่น ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-นามสกุล, อายุ, เพศ, ส่วนสูง, โรคประจำตัว, การแพ้ยา, กรุ๊ปเลือด เป็นต้น ข้อมูลการตรวจสุขภาพ ข้อมูล สุขภาพตามกลุ่มวัยข้อมูลการรักษาพยาบาล 													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560		ร้อยละ	-	-	
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2558	2559	2560										
	ร้อยละ	-	-											

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางทิพย์วรรณ ยงศิริวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901210 โทรสาร : 02-5901215</p> <p>2. นางรุ่งนิกา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-7804100 E-mail : thippawan.y@moph.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางรุ่งนิกา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>“ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs” หมายถึง ขั้นตอนของการพัฒนาระบบข้อมูล สุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ของประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ผ่านขบวนการจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ สำเร็จตามข้อกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) และช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมสำหรับการใช้งาน</p> <p>“ข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแม่มาตรฐานด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการ ได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคัดกรอง ข้อมูล โภชนาการ เป็นต้น</p> <p>“การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง” หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในการขอเข้าถึงข้อมูลประวัติการ เจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านช่องทางหรือระบบที่รองรับ โดยทั้งนี้ต้องผ่าน กระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด และเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>“ประชาชนหรือผู้ป่วย” หมายถึง ผู้รับบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข ที่จัดส่งข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	ร้อยละ 1.5			
2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	ร้อยละ 70			

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
--------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี และเคยรับบริการจากโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข ที่จัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข
----------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จากระบบรายงานและเอกสารการส่งงาน ใช้ในการประเมินระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs</p> <p>1.1 มีแผนงานและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการ (20 %)</p> <p>1.2 ศึกษา วิเคราะห์และออกแบบระบบ พร้อมกำหนด TOR (20 %)</p> <p>1.3 ขบวนการจัดจ้าง และพัฒนาระบบตาม TOR (20 %)</p> <p>1.4 ทดสอบการใช้งานในพื้นที่นำร่อง และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ออกเป็น Product เพื่อการใช้งาน (20 %) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้</p> <p>1.5 ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ Application เพื่อติดตามประเมินผลการใช้งานผ่านระบบ LogFile และ Webservice (20 %)</p> <p>1.5.1 การ Download Application ผ่าน App Store & Google Play</p> <p>1.5.2 การลงทะเบียนใช้งานของประชาชนหรือผู้ป่วย กับ สถานบริการ</p> <p>1.5.3 การเข้าใช้งานระบบ PHRs ของประชาชนหรือผู้ป่วย</p>																		
แหล่งข้อมูล	<p>1. เอกสารการส่งมอบงานและการตรวจรับ ตามระเบียบพัสดุ</p> <p>2. ระบบข้อมูลสุขภาพ Personal Health Records (PHRs) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้</p> <p>3. ฐานข้อมูลกลางอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง</p>																		
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ผ่านช่องทางตามมาตรฐานที่กำหนด (Mobile App) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้</p>																		
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ในแต่ละจังหวัด ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งหมด (ที่เป็นคนไทย และ TypeArea=1,3 เท่านั้น) อ้างอิงฐานประชากรในระบบ HDC</p>																		
รายการข้อมูล 3	<p>A2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ Login และเข้าใช้งานระบบ PHRs มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป</p>																		
รายการข้อมูล 4	<p>B2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ลงทะเบียนใช้งานกับสถานบริการในจังหวัด</p>																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs = $(A2/B2) \times 100$</p>																		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)</p>																		
เกณฑ์การประเมิน																			
ปี 2561 :																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 0.5</td> <td>ร้อยละ 1.0</td> <td>ร้อยละ 1.5</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	-	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1.0	ร้อยละ 1.5	2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	-	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1.0	ร้อยละ 1.5															
2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้ งานระบบ PHRs	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70															
ปี 2562 :																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้													
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้																			

2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				
---	--	--	--	--

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				

วิธีการประเมินผล :

ผลการประเมินวัดจากการเก็บข้อมูลตามวิธีการจัดเก็บ ข้อ 1.1-1.5 สำหรับ
ขั้นตอน การดำเนินงานในส่วนของการจัดเตรียมระบบ ตั้งแต่ขั้นตอน การศึกษา วิเคราะห์
จัดทำแผนจัดจ้างกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) จนถึงขั้นตอนการพัฒนาระบบ ทดสอบ
การ ปรับปรุงแก้ไข และส่งมอบงาน จนถึงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน Product และเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์ โดยกระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้เป็น พื้นฐาน จากนั้น
ประเมินจากการเข้าถึงระบบข้อมูลสุขภาพของตนเอง ผ่านช่องทางต่างๆ ที่กำหนด โดย
กำหนดเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

ตรวจสอบการเข้าใช้งานระบบ Personal Health Records (PHRs) ในส่วนนี้จะ
เป็นการประเมินการใช้งานระบบ Personal Health Records (PHRs) โดยกำหนดเริ่มที่
ไตรมาสที่ 2 เท่ากับ 0.5 ไตรมาสที่ 3 เท่ากับ 1.0 และไตรมาสที่ 4 ไตรมาสสุดท้าย เท่ากับ
1.5 โดยคิดจาก กลุ่มเป้าหมาย จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี
ทั้งหมด(ที่เป็นคนไทย และ TypeArea=1,3 เท่านั้น) รายจังหวัด เช่น จังหวัด ก มี
กลุ่มเป้าหมาย(ประชาชนหรือผู้ป่วย) เท่ากับ 150,000 คน มีจำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย
ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ผ่านช่องทางตามมาตรฐานที่กำหนด(Mobile App)
กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ และนับถึงไตรมาสที่ 2 เท่ากับ 1,200 คน
คิดเป็นร้อยละ $(1,200 \times 100) / 150,000$ เท่ากับ 0.8 ก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยสุดท้ายสรุป
เป็นภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศอีกครั้ง

2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้งานระบบ PHRs

ในส่วนนี้จะประเมินจากจำนวนหน่วยบริการที่มีการลงทะเบียน เพื่อให้บริการ
ประชาชนหรือผู้ป่วยผ่าน Web Service โดยดูจากปริมาณการลงทะเบียนเพื่อขอใช้งาน

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	69. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)											
คำนิยาม	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ มีค่าความต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก ใกล้เคียงกัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐมาจากภาษีเป็นหลัก จึงไม่ควรสนับสนุนแตกต่างกัน (อ้างอิง SAFE)											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> <td>พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า	พิสัยความต่าง ลดลง จากปีก่อนหน้า									
วัตถุประสงค์	เพื่อบรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> รายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ข้อมูล ณ เดือน สค. และประมาณการ 12 เดือน จำนวนประชากรของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และจำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ *) 											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก											
รายการข้อมูล 1	A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											
รายการข้อมูล 2	B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสังคมที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											
รายการข้อมูล 3	C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											
รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> $((A-D)/D) \times 100$ $((B-D)/D) \times 100$ $((C-D)/D) \times 100$ 											

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				พิสัยความต่างลดลง จากปีก่อนหน้า	
วิธีการประเมินผล :	ค่าเฉลี่ยสูงสุด - ค่าเฉลี่ยต่ำสุด เทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	SAFE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกาญจนา ศิริโกมล		ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมิน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-1439741		ผลลัพธ์สุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	2. นางวรรณณา เอียดประพาล		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :		E-mail : wanna.e@nhso.go.th		
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกาญจนา ศิริโกมล		ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมิน		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-1439741		ผลลัพธ์สุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	70. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ			
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม และ ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก - รวบรวมข้อมูลการจ่ายเงินตามกลไกที่เลือก ในปี พ.ศ. 2560			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก			
รายการข้อมูล 1	-			
รายการข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ภายใน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2560
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2561

ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2562
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				ติดตามและประเมินผล จากปี พ.ศ. 2563
วิธีการประเมินผล :	1. จัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก 2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายในแต่ละปี			
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือ SAFE			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ขณะนี้ยังไม่มี baseline data ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557, 2558 และ 2559			
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	รอการวิจัย			2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.วัลย์พร พัทธนถมล นักวิจัยอาวุโส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : walaiporn@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 1. ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวชานีดา วิริยาทร ผู้ช่วยนักวิจัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : shaheda@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 1. ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	71. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20			
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับ A , S และ M1 สังกัด สธ. ในระบบรายงาน PA ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ.			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2561 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มามีด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มีมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	63,022	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	47,899	63,022	80,522
	476,281	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	355,991	476,281	526,961
13.23	ร้อยละ	13.45	13.23	15.28	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธณณจิรา ธนาศิริชัชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721669		รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th		
	2. นางสินีนุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603		ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th		
	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603		ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-0361669 E-mail : Kamolthip.s@niems.go.th		

	<p>2. นางสินุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721603 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>
--	---	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																																			
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																			
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																																			
ระดับการแสดงผล	เขต																																			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																																			
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th> <th>น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (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> <tr> <td>3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)</td> <td></td> <td>กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ</td> </tr> <tr> <td>a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน</td> <td>0</td> <td>เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ</td> </tr> </tbody> </table>			ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (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 ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ	a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (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 ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ																																		
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ																																		

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561</p> <p>1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ : แผนงาน/กิจกรรม : ผลผลิต/ผลลัพธ์ 		

2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)
3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน

มาตรการ

- มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)
- มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)
- มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)
- มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)
- มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง

(Network & Capacity Building)

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ 2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน) 2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)	2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับ	3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

	<p>เดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท <p>สิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน</p> <p>20 กลุ่ม (HGR)</p> <p>3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง - ประเมินและควบคุมประสิทธิภาพการบริหารเจ้าหน้าที่ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย 	
<p>มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)</p>	<p>4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน</p> <p>4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี</p> <p>4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS)</p> <p>4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS</p>	<p>4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(อิเล็กทรอนิกส์)</p> <p>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ผู้ตรวจสอบบัญชี)</p> <p>4.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMS ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>
<p>มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)</p>	<p>5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO)</p> <p>5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor)</p>	<p>5.1 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>

มาตรการที่ 1 :

การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ 2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต 4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย	1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต 2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC
จังหวัด	1.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด 2.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด 3.ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด	1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน
หน่วยบริการ	1.มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย 2.คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด 3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย	1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน 3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

มาตรการที่ 2 :

ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) 3. ตรวจสอบ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด	1.มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2.ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) 3.ผลการตรวจสอบ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด

จังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน 	<ol style="list-style-type: none"> มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน
หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน (7 แผน) 	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

มาตรการที่ 3 :

สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<ol style="list-style-type: none"> มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการกำกับ แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด) วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกไตรมาส ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกไตรมาส มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจเยี่ยม
จังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพใน 	<ol style="list-style-type: none"> ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการ

	<p>การดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ</p> <p>4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p> <p>5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่</p>	<p>ประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p> <p>5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยง วิกฤติ</p>
หน่วยบริการ	<p>1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต</p> <p>2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง</p> <p>3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)</p>	<p>1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้</p> <p>2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ</p> <p>3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)</p>

มาตรการที่ 4 :

พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ควบคุม กำกับติดตามการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา</p> <p>3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p>	<p>1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน</p> <p>2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด</p> <p>3. รายงานผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ</p>
จังหวัด	<p>1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์</p> <p>3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี</p>	<p>1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลาทุกเดือน</p> <p>2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน</p>

หน่วย บริการ	1. จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้ เป็นตามแนวทางที่กำหนด 3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับ การตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบ ภายในและภายนอก	1. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชี ที่มีคุณภาพรายเดือน 2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดย ผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง
-----------------	--	---

มาตรการที่ 5 :

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. แผนการประชุม CFO เขต 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับเขตร่วมกับกระทรวง	1. มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับ กระทรวง
จังหวัด	1. แผนการประชุม CFO จังหวัด 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/ เขต 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ใน ระดับจังหวัด	1. มีการประชุม CFO จังหวัด ราย ไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารด้าน การเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/ เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFO และAuditor ใน ระดับจังหวัด
หน่วย บริการ	1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP 2. แผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วย บริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นัก บัญชี เป็นต้น	1. มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส 2. มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วย บริการ 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น

การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin	
ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
เขต	<p>1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ</p> <p>3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับเฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต</p> <p>4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin</p>
ระดับ	การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin
จังหวัด	<p>1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และมีระบบรายงานเขต</p> <p>2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ 7</p> <p>3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง</p> <p>4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงินตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และมีระบบรายงานเขต</p>
หน่วยบริการ	<p>1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด</p> <p>2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p>

เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง					
	เครื่องมือ	รายเดือน	รายไตรมาส	รายปี	หมายเหตุ
วิเคราะห์แผน	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/	
	๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/	ตามแผนการลงทุน
ปรับปรุงประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (Letter of Intent : LOI)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
	๔.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
ประเมินขบวนการ	๕.เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)		/	/	
	๖.เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)			/	
	๗.ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)			/	
การเฝ้าระวัง	๘.ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (Financial Risk Scoring)	/	/	/	
	๙.ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio :HGR)	/	/	/	
	๑๐.ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Unit Cost)	/	/	/	

เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	6	4	2	0
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัลดสรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม			
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 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
หน่วยบริการ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส <u>1/57</u> ร้อยละ 11.58 ไตรมาส <u>2/57</u> ร้อยละ 12.13 ไตรมาส <u>3/57</u> ร้อยละ 12.91 ไตรมาส <u>4/57</u> ร้อยละ 9.18	ไตรมาส <u>1/58</u> ร้อยละ 6.31 ไตรมาส <u>2/58</u> ร้อยละ 5.76 ไตรมาส <u>3/58</u> ร้อยละ 12.19 ไตรมาส <u>4/58</u> ร้อยละ 15.65	ไตรมาส <u>1/59</u> ร้อยละ 8.71 ไตรมาส <u>2/59</u> ร้อยละ 5.04 ไตรมาส <u>3/59</u> ร้อยละ 9.83 ไตรมาส <u>4/59</u> ร้อยละ 13.60	ไตรมาส <u>1/60</u> ร้อยละ 0.56 ไตรมาส <u>2/60</u> ร้อยละ 0.56 ไตรมาส <u>3/60</u> ร้อยละ 3.23	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารูวัฒนา ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : E-mail : resoke@hotmail.com</p> <p>3. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com</p> <p>4. นางนิมอณงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกัน สุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>5. นางสาวโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576	กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลลัพธ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	เขต											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์											
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความที่ฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสั้นๆ (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ใน 12 เขตสุขภาพ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> การจแนงนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย <ol style="list-style-type: none"> หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ผ่านการนำเสนอเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพ ที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข 											

	<p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวด และผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุข ผลิต 6 เล่ม/ปี)</p> <p>2. การนิเทศติดตามประเมินผล</p>																																
แหล่งข้อมูล	<p>1.หน่วยงานส่วนกลาง</p> <p>1.1.สำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใน 12 เขตสุขภาพ</p>																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือนำเสนอผลงานในเวทีตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)																																
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2563 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>35</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน+</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			25																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			30																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			35																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																														
			40																														
วิธีการประเมินผล :	<p>โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว</p> <p>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อ เจริญธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ มีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา เชิงวิชาการ ได้แก่ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้ 																																

	<p>มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 หรือผลงานวิจัย/R2R ได้ถูกอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ</p> <p>3. เจริญนโยบาย หมายถึง ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้</p> <p>4. เจริญการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมีการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพไปถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ</p>																													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่จังหวัดได้รวบรวมและวิเคราะห์จากหน่วยงานในจังหวัดส่งฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R2R ระดับเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ 2. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว 3. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 4. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 																													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>																											
			<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>																									
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="466 1335 817 1415"> <p>1. ดร.จุฬาพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> </td> <td data-bbox="817 1335 932 1415"> <p>ร้อยละ</p> </td> <td colspan="3" data-bbox="932 1335 1489 1415"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="466 1415 817 1496"> <p>2. นางสมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> </td> <td data-bbox="817 1415 932 1496"></td> <td colspan="3" data-bbox="932 1415 1489 1496"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="466 1496 817 1576"> <p>3. นางชวิดา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> </td> <td data-bbox="817 1496 932 1576"></td> <td colspan="3" data-bbox="932 1496 1489 1576"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="466 1576 817 1657"> <p>4. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p> </td> <td data-bbox="817 1576 932 1657"></td> <td colspan="3" data-bbox="932 1576 1489 1657"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="466 1657 817 1738"> <p>5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p> </td> <td data-bbox="817 1657 932 1738"></td> <td colspan="3" data-bbox="932 1657 1489 1738"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p> </td> </tr> </table> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					<p>1. ดร.จุฬาพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p>			<p>2. นางสมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p>			<p>3. นางชวิดา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>		<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p>			<p>4. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p>			<p>5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>		<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>		
<p>1. ดร.จุฬาพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p>																												
<p>2. นางสมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p>																												
<p>3. นางชวิดา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p>		<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p>																												
<p>4. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p>		<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p>																												
<p>5. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>		<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>																												

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดร.ณัฐธญา พัฒนะวาณิชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704 2. ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704 3. ดร.จุฬาทพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 4. นางสุมาลี ศักดิ์ผิวผาด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 5. นางชวีดา สุขนิรันดร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9 6. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835 7. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832 	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com</p> <p>นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196 E-mail : salakchit.c@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-3280737 E-mail : raksit-kamp@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4148694 E-mail : ladychavida@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p>
สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด
คำนิยาม	<p>รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดและการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย จึงได้กำหนดนโยบาย (ข้อ 8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรมให้สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติ และมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชน 30:70 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณ 2561 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป</p> <p>การวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนให้กับนักวิจัย เพื่อใช้จ่ายในการจัดทำวิจัยเช่นเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนามค่าใช้จ่ายสำนักงานค่าครุภัณฑ์ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการ เพื่อปรึกษาเรื่องการค้าเงินงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – วันที่ 30 กันยายน 2561</p> <p>งบดำเนินการ หมายถึง รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว</p> <p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานระดับเขตสุขภาพ-จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี หมายถึง งบดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหารด้วยงบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคูณด้วยหนึ่งร้อย</p> <p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ</p>

	<p>พ.ศ.2561 หมายถึง หน่วยงานระดับกรม ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัดเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการวิจัย ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>				
	<p>ปีงบประมาณ 61</p> <p>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p> <p>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p> <p>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p> <p>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนา ให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561</p>			
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <p>1. หน่วยงานระดับกรม จำนวน 8 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12</p>			
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรรให้ดำเนินงานเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จากทุกหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต</p> <p>2. ติดตามการรายงานผลการจัดสรรงบประมาณ จากทุกหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขต</p> <p>3. บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9, และ 12 เดือน จากหน่วยงานระดับกรม และ หน่วยงานระดับเขต</p> <p>4. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2561 www.http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และ แต่ละเขตสุขภาพ)</p>			
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1. ข้อมูล Secondary Dataจากหน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับเขตและกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขhttp://healthkpi.moph.go.th</p>			
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = งบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา</p>			
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = งบประมาณที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด</p>			
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>			
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 2, 3 และ 4</p>			
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p>				
<p>ปี 2561 :</p>				
	<p>รอบ 3 เดือน</p> <p>-</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <p>0.5 %</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <p>1.0 %</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <p>1.5 %</p>

ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	0.5 %	1.0 %	1.5 %	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของงบประมาณที่สนับสนุนให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณให้กับโครงการวิจัยและพัฒนา อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหน่วยงานทั้งหมด 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> รายงานผลการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากหน่วยงานระดับกรม และหน่วยงานระดับเขต ข้อมูลใน http://healthkpi.moph.go.th(แสดงเป็นภาพรวมของแต่ละกรม และแต่ละเขตสุขภาพ) 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	ร้อยละ	-	-	3.46
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายแพทย์สมควร หาญพัฒนชัยกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรสาร : 02-5919832 นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832 นางพัชรารรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832 		ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 E-mail : bengouy@hotmail.com นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 E-mail : tungsriskul@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒนชัยกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>2. นางสุรียาพร ตั้งศรีสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p> <p>3. นางพัชรารรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรสาร : 02-5919832</p>	<p>ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 E-mail : bengouy@hotmail.com</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 091-0033752 E-mail : tungsriskul@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : patcha_mart@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
---	--	---

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	75. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น			
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า • ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 50 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	ร้อยละ 80 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคยา กองทุนประกันสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 15 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 30 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 45 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์

ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 20 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 50 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 80 ของ รายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับ ทะเบียนตำรับและ พร้อมจำหน่ายในเชิง พาณิชย์	
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ปี 2561 - 2564 (ด้านการให้คำปรึกษา)</p> <p>1. ภญ วรสุดา ยุงทอง</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมิน ผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302 โทรสาร : 02-5907341 E-mail : worasuda@fda.moph.go.th สำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>				

	<p><u>ปี 2561 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)</u></p> <p>1. ญญ ดร ธารกมล จันทรประภาส หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028 โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456 โทรสาร : 02-5918463 E-mail : tankamol@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2. ญญ ดวงกมล ภัคดีสัตยพงศ์ หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5907164 E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th</p> <p>กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นายยุทธนา ดวงใจ เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155 โทรศัพท์มือถือ : 080-7402923 โทรสาร : 02-5917341 E-mail : yuthtana@fda.moph.go.th</p> <p>สำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลลัพธ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน											
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วน และมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน (ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์ นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย 											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)</td> <td>ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)									
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขยาและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์											

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั้งประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แหล่งข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานรณรงค์ประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 28

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 30

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้อง และ อย. รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 35

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลลัพธ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์			
ระดับการแสดงผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	77. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย			
คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาที่ได้รับการคัดเลือกจาก ตำรับยาแผนไทยของชาติ ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ ตำรายาเกร็ด/ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การใช้อย่างกว้างขวาง เภสัชตำรับโรงพยาบาลและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยได้รับการพิจารณา กลั่นกรองตามหลักเกณฑ์ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยกำหนด และผ่านความเห็นจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2560 อย่างน้อย 100 ตำรับ	100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2561 อย่างน้อย 100 ตำรับ	100 ตำรับ จัดพิมพ์รายการตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ ปี 2562 อย่างน้อย 100 ตำรับ	ประกาศตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 300-500 ตำรับ ในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์ตำรายา แผนไทยแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อคัดเลือก กลั่นกรอง วิเคราะห์รายการตำรับยาแผนไทย ที่ได้รับการประกาศคุ้มครองเป็นตำรับยาแผนไทยของชาติแล้ว 2. เพื่อกำหนด และประกาศเป็นรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ตำรับยาแผนไทยของชาติที่รัฐมนตรีประกาศ 2. ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ 3. ตำรายาเกร็ด ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน 4. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 5. ประกาศกระทรวง เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 6. เภสัชตำรับโรงพยาบาลจากสมุนไพร			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการกลั่นกรองและคัดเลือกตามหลักเกณฑ์อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี (ปีงบประมาณ 2561-2562)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการกลั่นกรองคัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 20 ตำรับ</p>	<p>1. มีการกลั่นกรองคัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 50 ตำรับ</p>	<p>1. มีการกลั่นกรองคัดเลือกตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 80 ตำรับ</p>	<p>1. ได้ผลการกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาฯ จำนวน 100 ตำรับ (ยอดสะสม 200 ตำรับในปี 2560-2561)</p> <p>2. รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการผลิตยาแผนไทย ต่อตำรับยาแผนไทยที่คัดเลือก</p> <p>3. มีเอกสารต้นฉบับเพื่อเตรียมการจัดพิมพ์และเผยแพร่</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			100 ตำรับ

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			100 ตำรับ

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			500 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2564) รวบรวมจัดทำเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์เป็นตำรายาแผนไทยแห่งชาติ

วิธีการประเมินผล :	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี										
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก 2. รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ 3. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 4. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 5. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 6. ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง 										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data จำนวน ตำรับยา แผนไทย แห่งชาติ	หน่วยวัด ตำรับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. <table border="1" data-bbox="884 539 1487 797"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 539 1070 591">2558</th> <th data-bbox="1070 539 1257 591">2559</th> <th data-bbox="1257 539 1487 591">2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 591 1070 797">-</td> <td data-bbox="1070 591 1257 797">-</td> <td data-bbox="1257 591 1487 797">104 (ณ 25 ก.ย. 60)</td> </tr> </tbody> </table>		2558	2559	2560	-	-	104 (ณ 25 ก.ย. 60)
2558	2559	2560									
-	-	104 (ณ 25 ก.ย. 60)									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ญ.ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ <p>ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-5914409</p> <p>กองวิชาการและแผนงาน</p> 2. นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรสาร : 02-5917808</p> <p>กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> 3. นายนันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรสาร : 02-5911095</p> <p>กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> 4. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660 E-mail : saowanee@dtam.moph.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th</p>										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก										

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com
	กองวิชาการและแผนงาน	
	2. นางสาวศศิธร ไทใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com
	กองวิชาการและแผนงาน	
	3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com
	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลลัพธ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด											
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษาวิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม</p> <p>2. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลลัพธ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุง ผลลัพธ์หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบหรือผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัด เฉพาะผลลัพธ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่เป็นผลลัพธ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะก่อให้เกิด ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้</p> <p>3. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลลัพธ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 10</td> <td>จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5</td> <td>จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5</td> <td>จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 10	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 10	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5	จำนวนนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่ พัฒนาต่อยอด ที่เพิ่มขึ้นจาก ฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ของปีที่ ผ่านมา ร้อยละ 5									
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีสุขภาพของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนและชุมชน หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักวิจัย สถาบันการศึกษาหรือวิจัย 											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และจากฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณที่ต้องการวัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลจากฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2560
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : 5 ปี โดยตลอดระยะเวลา 5 ปี จะมีการประเมินผลทุกปี

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2561	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้า การผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2562	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่น หรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนา ต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่มี การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2563	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	แผนการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือ แผนการผลิตประจำปีงบประมาณ 2564	รายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายทอดนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ให้แก่หน่วยงานอื่นหรือผลความก้าวหน้าการผลิต	- จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ของปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 - จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างน้อย 2 เรื่อง

วิธีการประเมินผล : ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ฐานข้อมูลนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ปีงบประมาณ 2560		เรื่อง	18	27	28

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางเดือนฉนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 99121 โทรสาร : 02-9511297</p> <p>2. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ : E-mail:duanthanorm.p@dmsc.mail.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรวงคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>2. นายจุมพต สังข์ทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>3. นางสาวชิสานันท์ นันทกิจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร :</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jumepote.s@dmsc.mail.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chisa.n@dmsc.mail.go.th</p>

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)											
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์											
ระดับการแสดงผล	ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด											
คำนิยาม	<p>งานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรมานุษยวิทยาและตำรับ</p> <p>การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข</p> <p>การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>10 เรื่อง</td> <td>12 เรื่อง</td> <td>14 เรื่อง</td> <td>16 เรื่อง</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
10 เรื่อง	12 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ 2. เพื่อต่อยอดและส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การประโยชน์ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรมานุษยวิทยา สมุนไพรมานุษยวิทยา องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรมานุษยวิทยา											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2561 :											
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
	- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์	- รวบรวมและคัดเลือก ผลการวิจัย/ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา	- มีงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย								

แผนไทยการแพทย์ ทางเลือกและ สมุนไพร เพื่อนำมาใช้ จริงทางการแพทย์ หรือทางการตลาด	ด้านการแพทย์แผน ไทยการแพทย์ ทางเลือกและสมุนไพร และดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	ด้านการแพทย์แผน ไทยการแพทย์ ทางเลือกและสมุนไพร มาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เรื่อง
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			14 เรื่อง
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			16 เรื่อง
วิธีการประเมินผล :	การสำรวจงานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร		
เอกสารสนับสนุน :	แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2558 2559 2560
	จำนวนงานวิจัยที่มีการส่ง ต่อและนำไปใช้ประโยชน์	จำนวน เรื่อง	- - 11
ข้อมูลสิ้นสุด ณ 30 กันยายน 2560			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495647 โทรสาร : 0-2149-5647 สถาบันการแพทย์แผนไทย	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th	
	2. ดร.ภญ.มณฑกา อธิชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร : 02-2243247 สถาบันการแพทย์แผนไทย	หัวหน้ากลุ่มวิจัยการแพทย์แผนไทย (สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย) โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 E-mail : monthaka.t@gmail.com	
	3. นางศรีจรรยา โชติศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 กองวิชาการและแผนงาน	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกรรณา ทศพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com
	กองวิชาการและแผนงาน	
	2. นางสาวศศิธร ไทใหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com
	กองวิชาการและแผนงาน	
	3. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com
	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	15. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ <p>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้องออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 3. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 4. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 5. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครม.ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 7. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 <p>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่ีผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 3. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. 4. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. 5. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 6. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 7. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. <p>กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน</p> <p>การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการแปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมาย</p>

ลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

การแปลกฎหมาย หมายถึง การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ

1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
2. การโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4

พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มเป้าหมายดังนี้

กลุ่ม 1 กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

กลุ่ม 2 กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50

กลุ่ม 3 กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

กลุ่ม 4 การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็น ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ สาธารณสุขในจังหวัด - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของ เอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่อาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมาย แต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรม ภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้
4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดย ขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน

	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 50 38 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 60 46 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 70 53 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 80 61 แห่ง	สสจ.ดำเนินการ ได้ร้อยละ 90 68 แห่ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและ ทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

	2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดย กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																														
แหล่งข้อมูล	1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต																														
รายการข้อมูล 1 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	A = คะแนนกลุ่ม 1																														
รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	B = คะแนนกลุ่ม 2																														
รายการข้อมูล 3 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	C = คะแนนกลุ่ม 3																														
รายการข้อมูล 4 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 1)	D = คะแนนกลุ่ม 4																														
รายการข้อมูล 5 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	E = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ																														
รายการข้อมูล 6 (ตัวชี้วัดย่อยที่ 2)	F = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 1	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม/คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่ม 1</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 2</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 3</td> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 4</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4</p>	กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5	กลุ่ม 1	60	70	80	90	100	กลุ่ม 2	60	65	70	75	80	กลุ่ม 3	40	45	50	55	60	กลุ่ม 4	60	70	80	90	100
กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5																										
กลุ่ม 1	60	70	80	90	100																										
กลุ่ม 2	60	65	70	75	80																										
กลุ่ม 3	40	45	50	55	60																										
กลุ่ม 4	60	70	80	90	100																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) × 100																														
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ กระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4																														
เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา ปี 2561 : <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	-																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																												
-	-	-	-																												

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ			

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ			

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ			

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2563 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ			

วิธีการประเมินผล :

1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุดา ทองผดุงโรจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901438 โทรสาร : 02-5901434 2. นายสิทธิศักดิ์ รอดเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 3. นายณรงค์ศักดิ์ สงวนปรารงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901437 โทรสาร : 02-5901434 4. นายกิตติ พวงกนก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434 5. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกร โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายกิตติ พวงกนก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434 2. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรสาร : 02-5901434	นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th นิติกร โทรศัพท์มือถือ : E-mail : legal@health.moph.go.th	กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

ภาคผนวก

ก

(ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

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

UCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	<u>cross functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน</u>	<u>fully integrate</u> เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วย</u>	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีมกับ</u> เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน</u> (ทีมรพ.กัปรพ., ทีมรพ.สต. กับทีมรพ.สต. , <u>ทีมระหว่างหน่วยงาน</u> (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), <u>ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน</u> และ/หรือ <u>ทีมข้ามสายงาน</u> (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ <u>reactive</u>	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่ <u>หลากหลายอย่างน้อย</u> ในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม <u>ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</u> และนำมาแก้ไข <u>ปรับปรุงระบบงาน</u>	มีการเรียนรู้และพัฒนา <u>ช่องทางการรับรู้</u> ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้ <u>สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น</u>	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมา <u>บูรณาการกับระบบงาน</u> ต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมันศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดย <u>หมายรวมทั้งในส่วน of felt need</u> (เช่น การรักษาฟันฟู)และ <u>unfelt need</u> (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 ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานด้าน สุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วม รับรู้ ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ ในงานที่ หลากหลายและขยาย วงกว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมี ส่วนร่วมให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่างครบ วงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความ พึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการ ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความ พึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ละ หน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของ บุคลากรให้สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น ระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความ ผูกพันของบุคลากรให้ สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ รู้ คุณค่าและเกิดความ ผูกพันในงานของ เครือข่ายบริการปฐม ภูมิ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานใน หน้าที่ และในงานที่ได้รับ มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้ บรรลุพันธกิจขององค์กร

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 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบาง ประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกัน อย่างเป็นระบบและ ครอบคลุม ตามบริบท และ ความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน) และมีการ ใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นใน แต่ละกลุ่ม ตามบริบทของ ชุมชน	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และ ตามความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี ปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตามความ ต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และ ชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณาการ ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<p>1. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี</p> <p>2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์</p> <p>3. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดได้รับพัฒนา หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ได้รับการพัฒนาตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด</p> <p>4. สถานที่ผลิตเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่าง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก (ข้อมูลจากวันที่ 30 สิงหาคม 2560) เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กำหนดสถานที่ผลิตเป้าหมายในการดำเนินงาน ภายในวันที่ 15 กันยายน 2560 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)</p> <p>2. สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่อย. ส่งให้ และยืนยันจำนวนสถานที่ผลิตเป้าหมายและระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560</p>

3. สสจ.ตรวจประเมินและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 (ภายในเดือน ธันวาคม 2560)

3.1.1 สสจ. ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มี อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ไม่นำมาคิดเป็นตัวอย่าง)

3.1.1.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์

(กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1 จะยังไม่มีเก็บตัวอย่าง) โดย สสจ. ส่งรายงานในแบบรายงานตัวอย่างที่ 1-1 และส่งเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13(60) มายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th และ law.dreamt@gmail.com หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหาร(กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3.1.1.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านตามเกณฑ์

สสจ. ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านจากการตรวจประเมินครั้งที่ 1 ทุกแห่ง ตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดและดำเนินการตามแนวทางข้อที่ 3.2 (ไม่นำมาคิดเป็นตัวอย่างนี้)

3.2 ครั้งที่ 2 (ระหว่างเดือนมกราคม 2561 – มีนาคม 2561)

3.2.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1

สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และรายงานในแบบรายงานตัวอย่างที่ 1-2

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แดงกว่า พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถุงพลาสติก คัดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคัดเทพกาวพันรอบปากถุง

3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต จะส่งตรวจวิเคราะห์ ณ

ห้องปฏิบัติการเอกชน (ซึ่งสำนักอาหารจะแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมอีกครั้ง)

3.2.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1 และได้รับคำแนะนำในการพัฒนา

1) สสจ. ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดนั้น โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจ ตามบัญชีหมายเลข 2 และใช้บันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ไม่นำมาคิดเป็นตัวอย่างสด)

2) สสจ. ส่งรายงานในรูปแบบรายงานตัวอย่างที่ 1-1 และส่งเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มาถึง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th และ law.dreamt@gmail.com หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และ รายงานในรูปแบบรายงานตัวอย่างที่ 1-2

โดยมีวิธีการเก็บตัวอย่างตามที่ระบุแล้วข้างต้น

4. กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ดำเนินการช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 – กรกฎาคม 2561) ใช้สำหรับกรณีจังหวัดที่ไม่มีสถานที่ผลิต (คัดบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศฯ) ขอให้ สสจ. ดำเนินการดังนี้

4.1 กำหนดสถานที่และระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ในปีงบประมาณ 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวอย่างที่ 1-2)

และส่งกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และ รายงานในรูปแบบรายงานตัวอย่างที่ 1-2

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แดงกว่า พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แดงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง

2) นำตัวอย่างผัก หรือ ผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถูพลาสติก คัดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคัดเทพกาวพันรอบปากถุง

3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการ

ขนส่ง)
 4.3 ตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในวันจันทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่าง ดังนี้

- 1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษรสีแดง
- 2) ในช่องหมายเหตุระบุว่า

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด โครงการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด งบประมาณ พ.ศ. 2561

- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (กองคป.)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้ งบประมาณที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตัดโอนไปให้สำหรับใช้ในกิจกรรมดังกล่าว

5. สสจ. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้

ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภายใน 20 ธ.ค. 60
2	ภายใน 20 มี.ค. 61
3	ภายใน 20 พ.ค. 61

หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

6. การสนับสนุนจากส่วนกลาง (สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

6.1 งบประมาณ

1) สำหรับการลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ประเมินและพัฒนาผู้ประกอบการ และสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่าย (แล้วแต่กรณี) โดยโอนงบประมาณให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) สำหรับการตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักและผลไม้สดตามประกาศฯ โดยโอนงบประมาณให้กับทางห้องปฏิบัติการ

6.2 คู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด

7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

แหล่งข้อมูล
 ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายการข้อมูล 1
 A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน

รายการข้อมูล 2
 B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช $= (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none"> ป.สธ เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตหรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงผล ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในประเทศ จัดทำคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด และแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมาย สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ร่วมติดตามการพัฒนาสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อ ประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ พัฒนาสถานที่จำหน่าย (ค้าปลีก/ค้าส่ง) จัดทำฐานข้อมูลความปลอดภัยของผักและผลไม้สด รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	

เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :					
	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในจังหวัด ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในจังหวัด ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย ติดตามตรวจสอบการพัฒนาสถานที่ผลิต (ผักและผลไม้สด) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และตรวจประเมินซ้ำ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตเป้าหมาย รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> สรุปผลการดำเนินงานและส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th 	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406</p> <p>ผู้ประสานงาน : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/นางสาวอติตา ชนะสิทธิ์ /นางสาวมนสูวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ 02-590-7030</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>ส่วนกลาง</p> <p>1. น.ส. กนกเนตร รัตน์จันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 โทรสาร : 02-591-8460 นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. น.ส. อธิตา ชนะสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030 นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-079-3508 โทรสาร : 02-591-8460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>3. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น)</p>
--	---

รายชื่อผักหรือผลไม้สด

แบบท้ายตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ¹
กล้วย (banana)	<i>Musa</i> spp.
เกาลัด (chestnuts)	<i>Castanea</i> spp.
แก้วมังกร (dragon fruit/pitaya)	<i>Hylocereus</i> spp.; <i>Hylocereus undatus</i> (Haw.) Britton & Rose; <i>Hylocereus megalanthus</i> (K. Schum. ex Vaupel) Ralf Bauer; <i>Hylocereus polyrhizus</i> (F.A.C. Weber) Britton & Rose; <i>Hylocereus ocamponis</i> (Salm-Dyck) Britton & Rose; <i>Hylocereus triangularis</i> (L.) Britton & Rose
แตงเทศ ได้แก่ แคนตาลูป (cantaloupe) และเมลอน (melon)	<i>Cucumis melo</i> L.
เงาะ (rambutan)	<i>Nephelium lappaceum</i> L.
ชมพู่ (java apple; wax jambu; wax apple; rose apple)	<i>Syzygium samarangense</i> (Blume) Merr. & L.M. Perry Syn. <i>Eugenia javanica</i> L.
แตงโม (watermelon)	<i>Citrullus lanatus</i> (Thunb.) Matsum. & Nakai Syn. <i>Citrullus vulgaris</i> Schrad.; <i>Colocynthis citrullus</i> (L.) Kuntze
ทับทิม (pomegranate)	<i>Punica granatum</i> L.
ฝรั่ง (guava)	<i>Psidium guajava</i> L.
พุทรา (jujube, Indian)	<i>Ziziphus mauritiana</i> L.; Syn. <i>Ziziphus jujuba</i> Mill.
มะม่วง (mango)	<i>Mangifera indica</i> L.
มะละกอ (papaya)	<i>Carica papaya</i> L.
ละมุด (sapodilla)	<i>Manilkara zapota</i> L.; Syn. <i>Manilkara achras</i> (Mill.) Fosberg; <i>Achras zapota</i> L.
ลำไย (longan)	<i>Dimocarpus longan</i> Lour.; Syn. <i>Nephelium longana</i> Cambess.; <i>Euphoria longana</i> Lam.
สตรอว์เบอร์รี่ (strawberries)	<i>Fragaria x ananassa</i> (Duchesne ex Weston) Duchesne ex Rozier
ส้มเปลือกอ่อน (mandarins)	<i>Citrus reticulata</i> Blanco และลูกผสม รวมทั้ง <i>Citrus nobilis</i> Lour.; <i>Citrus deliciosa</i> Ten.; <i>Citrus tangarina</i> Hort.; <i>Citrus mitis</i> Blanco Syn. <i>Citrus madurensis</i> Lour.; <i>Citrus unshiu</i> Marcow
ผลไม้สด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ²
ส้มเปลือกไม่อ่อน (oranges) เช่น ส้มเกลี้ยง	<i>Citrus sinensis</i> Osbeck, <i>Citrus aurantium</i> L. รวมทั้งลูกผสมและชนิด <i>Citrus myrtifolia</i> Raf.; <i>Citrus salicifolia</i> Raf.
สาละ (pear, oriental; Chinese pear; nashi pear; sand pear; snow pear)	<i>Pyrus pyrifolia</i> (Burm. f.) Nakai; <i>Pyrus lindleyi</i> Rehder; <i>Pyrus nivalis</i> Jacq.
องุ่น (grapes)	<i>Vitis vinifera</i> L.
แอปเปิล (apple)	<i>Malus domestica</i> Borkh.

¹ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

² อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ³
กระเทียม (garlic) กระเทียมโทน และกระเทียมจีน (onion, Chinese)	<i>Allium sativum</i> L. and <i>Allium chinense</i> G. Don; Syn. <i>Allium bakeri</i> Regel
กะหล่ำดอก (cauliflower) รวมทั้งกะหล่ำเจดีย์ (romanesco broccoli)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>botrytis</i> L.
กะหล่ำปลี (cabbages) รวมทั้งกะหล่ำปลีไบย่น	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>capitata</i> L.
กุยช่าย (chives, Chinese)	<i>Allium tuberosum</i> Rottler ex Spreng.
ข่า (galangal)	<i>Languas galanga</i> (L.) Stunz; Syn. <i>Alpinia galanga</i> Sw.; <i>Languas officinarum</i> (Hance) Farwell; Syn. <i>Alpinia officinarum</i> Hance <i>Kaempferia galanga</i> L.
คะน้า (Chinese broccoli; Chinese kale)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>alboglabra</i> (L.H. Bailey) Musil
แครอท (carrot)	<i>Daucus carota</i> L.
ต้นหอม (spring onion) และต้นหอมญี่ปุ่น (onion, welsh; Japanese bunching onion; Chinese small onion; green onion)	<i>Allium cepa</i> L., White Portugal and <i>Allium fistulosum</i> L.
ถั่วงอก (bean sprout)	<i>Vigna radiata</i> (L.) R. Wilczek
ใบตำลึง (ivy gourd)	<i>Coceinia grandis</i> (L.) Voigt
แตงกวา แตงร้าน (cucumber)	<i>Cucumis sativus</i> L.
ถั้วฝักยาว (yard-long bean)	<i>Vigna unguiculata</i> subsp. <i>sesquipedalis</i> (L.) Verdc.
ถั้วลันเตา (garden pea)	<i>Pisum sativum</i> var. <i>sativum</i>
บร็อกโคลี (broccoli) รวมทั้งกะหล่ำดอกอิตาเลียน (broccoli, sprouting) แขนง	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>italica</i> Plenck
กะเพรา โหระพา ใบแมงลัก (basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.; <i>Ocimum x africanum</i> Lour.; <i>Ocimum basilicum</i> L. <i>Ocimum x citrodorum</i> Vis.; <i>Ocimum minimum</i> L.; <i>Ocimum americanum</i> L.; <i>Ocimum gratissimum</i> L.; <i>Ocimum tenuiflorum</i> L.
ใบบัวบก (pennywort)	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
ผักปวยเล้ง (spinach)	<i>Spinacia oleracea</i> L.
ผักกาดขาวปลี (Chinese cabbage)	<i>Brassica rapa</i> L. subsp. <i>pekinensis</i> (Lour.) Kitam. Syn. <i>Brassica pekinensis</i> (Lour.) Rupr., <i>Brassica rapa</i> var. <i>pekinensis</i> (Lour) Olsson

³ อ้างอิงตามมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ.๙๐๔๕-๒๕๕๙ การจัดกลุ่มสินค้าเกษตร: พืช

ผักสด	ชื่อวิทยาศาสตร์ ³
ผักโขม (amaranth)	<i>Amaranthus</i> spp.
ผักบุ้ง (kangkung/water spinach)	<i>Ipomoea aquatica</i> Forssk.
พริกเผ็ด (chili) รวมทั้งพริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม	<i>Capsicum annuum</i> L. พันธุ์ที่เผ็ดร้อน
พริกหวาน (peppers, sweet /peppers, bell) รวมทั้งปราปิกา (prapika)	<i>Capsicum annuum</i> var. <i>grossum</i> (Willd.) Sendt. and <i>Capsicum annuum</i> var. <i>longum</i> (DC.) Sendt.
ฟักทอง (pumpkins)	<i>Cucurbita maxima</i> Duchesne; <i>Cucurbita argyrosperma</i> C. Huber; <i>Cucurbita moschata</i> Duchesne; <i>Cucurbita pepo</i> L. and <i>Cucurbita pepo</i> subsp. <i>pepo</i>
มะเขือเทศ (tomato)	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill. Syn. <i>Solanum lycopersicum</i> L.
มะเขือเปราะ (Thai eggplant)	<i>Solanum undatum</i> Lam.
มันฝรั่ง (potato)	<i>Solanum tuberosum</i> L.
หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> G.Don.
เห็ด (mushrooms) ที่เพาะเลี้ยง เช่น เห็ดโคนญี่ปุ่น, เห็ดโคนสีเมจิ, เห็ดหูหนูดำ, เห็ดหลินจือ, เห็ดหอม, เห็ดฟาง, เห็ดหูหนูขาว เป็นต้น	เช่น <i>Agaricus</i> spp. พันธุ์ที่เพาะปลูก; <i>Agrocybe aegerita</i> ; <i>Hypsizygus tessellates</i> (Bull.) Singer; <i>Auricularia auricular-judea</i> (Bull.) Quél.; <i>Ganoderma lucidum</i> (Curtis) P. Karst., and other <i>Ganoderma</i> spp.; <i>Lentinula edodes</i> (Berk.) Pegler; <i>Volvariella volvacea</i> (Bull.) Singer; <i>Tremella fuciformis</i> Berk.; <i>Auricularia polytricha</i> (Mont.) Sacc.; <i>Termitomyces</i> sp. เป็นต้น

ประเด็นที่ 2: ผลិតภัณฑ์นมโรงเรียน

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลិតภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	นมโรงเรียน คือ ผลិតภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลិតภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ. 2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลិតภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลិតภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1.1 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี</p> <p>1.1.1 ตรวจสอบสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ GMP</p> <p>1.1.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลិតภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้</p> <p>(1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด แบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>(2) นมโคชนิดยูเอชที ตรวจวิเคราะห์จำนวน 9 รายการ ได้แก่ เนื้อนมไม่รวมมันเนย มันเนย โปรตีน แบคทีเรียทั้งหมด <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> และ <i>Bacillus cereus</i></p> <p>โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ช่วงเดือน พ.ย. 60 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือน มิ.ย. 61 <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลិតภัณฑ์ ดังนี้</p> <p>(1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง</p> <p>(2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</p> <p>(3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลិតภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลិតภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)

1.2 กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน

1.2.1 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต ตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน**เฉพาะ**ด้านเชื้อจุลินทรีย์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค

โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง **ทุกเดือน** นอกเหนือจากแผนการเฝ้าระวังประจำปี **โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์** และรายงานผลการดำเนินงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2

ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้**

(1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง

(2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบผู้ประกอบการ”

(3) ในช่องหมายเหตุระบุ “ขอให้ส่งสำเนารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

หมายเหตุ : สถานประกอบการใดที่ผลิตนมโรงเรียนทั้งชนิดยูเอชทีและพาสเจอร์ไรส์ต้องเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ชนิด (ชนิดละ 1 ตัวอย่าง รวม 2 ตัวอย่าง)

2. รายงานข้อมูล ดังนี้

2.1 ผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงานดังนี้

ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2560 *
2	ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2561
3	ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2561*
4	ภายในวันที่ 15 กันยายน 2561

หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

2.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3. อย. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

แหล่งข้อมูล

ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่มีผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน และผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด 	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					
เอกสารสนับสนุน :	-					

ตารางแสดงคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์และจำนวนหน่วยที่เก็บ ต่อ

1 ตัวอย่าง

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ x หน่วย
1	ผักและผลไม้สด	1 กิโลกรัม x 1
2	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ปริมาณรวม 100 กรัม ทั้งชนิดแห้งและชนิดเหลว
2	นมโรงเรียน (ชนิดพาสเจอร์ไรส์หรือยูเอชที)	ชนิดละ 200 มิลลิลิตร x 18 ตัวอย่าง

ทั้งนี้หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนให้ประสานกับหน่วยงานวิเคราะห์โดยตรงซึ่งสามารถติดต่อสอบถามและขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แสดงในตาราง

ลำดับ	หน่วยงานวิเคราะห์	โทรศัพท์
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่	0-5311-2188-90
2	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย	0-5317-6225-6
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก	055-322824-26 หรือ 0 5532 2824-6 ต่อ 121,117
4	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์	056-245618-20
5	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม	034-720-668-71
6	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี	038-784006 - 7, 038-783767, 038-784533
7	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น	043-240800
8	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี	042-207364-6
9	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา	044-346005 ถึง 044-346013
10	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี	045-312230-3
11	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี	077-355301 ถึง 6
12	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต	076-352041 ถึง 2
13	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา	074-330211,0-7433-0277
14	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง	075-501050-3
15	สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	0-2951-0000 ต่อ 99500-3, 99561-2

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมี
ประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปิงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมินต์ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง ความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมินต์หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึก ข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความ น่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามบริบท ของพื้นที่อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้นงาน ตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ วางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิ ไบโอมินต์หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบาย สำคัญ และประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง มีการจัดการ เรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตาม บริบทของพื้นที่อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหา สำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ ในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่ เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิไบโอมินต์ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</i></p>		
2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)		
<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผน การดำเนินงานของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและ</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผน การดำเนินงานของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและ</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผนการดำเนินงาน ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออก</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
<p>สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออก ข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการตามมติ ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่า ด้วยการสาธารณสุข</p>	<p>สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออก ข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการตามมติ ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อน งานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ, การแต่งตั้ง คณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อ ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>	<p>ข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการตามมติ ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายังคณะกรรมการบริหารและ ขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการ สาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเช่น การ แต่งตั้งคณะกรรมการ, การแต่งตั้ง คณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การ แต่งตั้งคณะทำงานระหว่างจังหวัดเพื่อทำงาน ร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p> <p>2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัดเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและ ขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตาม กฎหมาย</p>		
<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการ การสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ จัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ (1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต. (2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ. (3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ (4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน (5) สถานพยาบาลสัตว์</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย</u> ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ <u>และ มีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบาย ให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัย กำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p> <p>4.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่างน้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>
<i>หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา</i>		
5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน		
<p>5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว</p> <p>5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพ ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพ ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)</p> <p>5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพ ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (3,654 ตำบล)</p> <p>5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคี เครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน</p>

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป	มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป
หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.		

มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature >38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 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 Pao₂/Fio₂<250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

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

Creatinine>2.0 mg/dL(176.8µmol/L)

Bilirubin >2 mg/dL (34.2µmol/L)

Platelet count <100,000µL

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

ตารางที่ 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 (ใช้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ก่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยกกระดานความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยเรื่อง บุคคลอยู่เบื้อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งลืมถือ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

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

ระดับ 1 (Level 1)

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

ระดับ 2 (Level 2)

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

ระดับ 3 (Level 3)

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

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

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3

Criteria	Point Value
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.

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ

ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน

Fracture liaison nurse (FLS nurse)

ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ

ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมี

ระดับ รพศ. / รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มี

ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

จำเป็นต้องมี

เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มี

ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ : แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 รายการหัตถการเนบทำยการรักษาดัดแบบวันเดียวกลับ
 (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures)

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
1	Inguinal hernia	Herniotomy herniorrhaphy Hernioplasty 53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® <i>Excludes:</i> laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13) 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 ® <i>Excludes:</i> laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21 17.24) 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

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		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 <i>Excludes:</i> percutaneous aspiration of hydrocele (61.91)
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 varices)	42.33 Esophageal varices by endoscopic approach Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach 43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach 44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding Dx. I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
6	Esophageal Stricture	44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site 44.92 Dilation of esophagus Dilation od cardiac sphincter
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus Dx. C15.-Malignant neoplasm of oesophagus C16.-Malignant neoplasm of stomach
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine <i>Excludes:</i> that by open approach (45.41) 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding <i>Excludes:</i> Endoscopic polypectomy of large intestine (45.42) Dx. D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon K63.5 Polyp of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct Dx. K800: Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K801: Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K802: Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K803: Calculus of bile duct w cholangitis K804: Calculus of bile duct w cholecystitis K805: Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
10	<i>Pancreatic duct stone</i>	51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct Dx. K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus
11	<i>Bile duct stricture</i>	51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasabiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct Dx. C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24.- Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25.- Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic dust or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture
12	<i>Pancreatic duct stricture</i>	52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct Dx. C25.- Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 51 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

เขตสุขภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี 2561 ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.5
	จำนวนปชก.ปี 2558* (1)	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (172/แสน ปชก.) (2)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2559** (3)	ร้อยละความครอบคลุม การรักษา (4 = 3/2)	
ประเทศ	65,729,098	113,054	70,116	62.0	93,269
1 เชียงใหม่	5,853,206	10,068	5,780	57.4	8,306
2 พิษณุโลก	3,540,252	6,089	3,285	53.9	5,023
3 นครสวรรค์	3,010,618	5,178	2,917	56.3	4,271
4 สระบุรี	5,245,824	9,023	5,617	62.3	7,444
5 ราชบุรี	5,252,208	9,034	5,708	63.2	7,453
6 ชลบุรี	5,923,839	10,189	5,684	55.8	8,406
7 ขอนแก่น	5,055,979	8,696	7,046	81.0	7,174
8 อุตรธานี	5,522,408	9,499	4,719	49.7	7,836
9 นครราชสีมา	6,746,755	11,604	7,665	66.1	9,573
10 อุบลราชธานี	4,590,892	7,896	5,389	68.2	6,514
11 นครศรีธรรมราช	4,405,448	7,577	5,205	68.7	6,251
12 สงขลา	4,885,260	8,403	4,713	56.1	6,932
13 กรุงเทพฯ	5,696,409	9,798	6,388	65.2	8,083

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรจากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

** ฐานข้อมูล TBCM ณ วันที่ 11 กันยายน 2560 กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค สำนักวัณโรค

***อาจมีการปรับเปลี่ยนเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง					ค่าเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)
	2558	2559				
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59	ค่าเฉลี่ย	
ประเทศ	79.49	80.34	78.23	76.73	78.7	≥85
1 เชียงใหม่	76.18	77.34	79.10	77.28	77.5	≥85
2 พิษณุโลก	83.56	81.02	81.07	82.20	82.0	≥85
3 นครสวรรค์	78.63	80.42	81.11	83.53	80.9	≥85
4 สระบุรี	80.36	79.06	77.01	75.35	77.9	≥85
5 ราชบุรี	81.55	82.32	79.50	79.46	80.7	≥85
6 ชลบุรี	80.78	82.18	82.40	75.56	80.2	≥85
7 ขอนแก่น	80.05	82.04	79.77	80.79	80.7	≥85
8 อุตรธานี	78.81	77.55	75.27	77.66	77.3	≥85
9 นครราชสีมา	82.97	83.87	80.98	79.98	82.0	≥85
10 อุบลราชธานี	83.50	87.55	83.18	84.16	84.6	≥85
11 นครศรีธรรมราช	79.53	82.29	82.12	79.62	80.9	≥85
12 สงขลา	84.08	85.61	81.94	80.41	83.0	≥85
13 สปคม.	66.63	62.48	59.96	49.57	59.7	≥85

หมายเหตุ

- ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและกินยาครบปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลังจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง					ค่าเป้าหมายอัตราการขาดยาของผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ (%)
	2558	2559			ค่าเฉลี่ย	
		Cohort 1/59	Cohort 2/59	Cohort 3/59		
ประเทศ	4.82	4.87	4.73	4.47	4.7	< 3
1 เชียงใหม่	3.94	3.66	2.66	2.63	3.2	< 3
2 พิษณุโลก	3.44	3.30	3.47	2.87	3.3	< 3
3 นครสวรรค์	3.31	4.41	3.04	3.62	3.6	< 3
4 สระบุรี	6.08	8.30	7.60	7.42	7.4	< 4
5 ราชบุรี	3.68	4.18	3.60	4.46	4.0	< 3
6 ชลบุรี	6.51	4.48	5.04	5.39	5.4	< 3
7 ขอนแก่น	4.98	5.81	5.81	5.57	5.5	< 3
8 อุดรธานี	3.31	4.28	4.05	3.38	3.8	< 3
9 นครราชสีมา	5.22	5.30	4.43	4.05	4.8	< 3
10 อุบลราชธานี	2.27	2.22	3.30	2.16	2.5	< 2
11 นครศรีธรรมราช	5.10	5.10	4.16	5.15	4.9	< 3
12 สงขลา	3.70	3.15	3.36	4.58	3.7	< 3
13 สปคม.	8.70	7.08	8.08	5.49	7.3	< 4

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขาดยาในปีงบประมาณ 2558-2559 หารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลัง จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2 ปี ย้อนหลัง				ค่าเฉลี่ย	ค่าเป้าหมายอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (%)
	2558	2559		Cohort 3/59		
		Cohort 1/59	Cohort 2/59			
ประเทศ	8.01	8.17	8.30	7.36	8.0	≤ 5
1 เชียงใหม่	13.64	14.74	12.47	13.54	13.6	≤ 12.6
2 พิษณุโลก	10.71	13.20	12.62	10.11	11.7	≤ 7
3 นครสวรรค์	11.73	11.99	11.97	8.73	11.1	≤ 7
4 สระบุรี	6.02	6.63	6.91	5.85	6.4	≤ 5
5 ราชบุรี	8.07	8.27	8.86	6.12	7.8	≤ 5
6 ชลบุรี	6.34	6.67	5.80	7.06	6.5	≤ 5
7 ขอนแก่น	7.78	8.35	9.40	7.72	8.3	≤ 5
8 อุดรธานี	6.91	7.29	7.25	7.65	7.3	≤ 5
9 นครราชสีมา	6.65	6.95	8.32	6.64	7.1	≤ 5
10 อุบลราชธานี	8.50	8.23	8.67	6.75	8.0	≤ 5
11 นครศรีธรรมราช	10.15	9.27	9.37	8.72	9.4	≤ 5
12 สงขลา	7.57	6.01	7.06	5.61	6.6	≤ 5
13 สปคม.	2.96	3.54	3.14	3.25	3.2	≤ 5

หมายเหตุ

- 1) ค่าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสียชีวิตในปีงบประมาณ 2558-2559 ทหารด้วยผลรวมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ 2558-2559) ข้อมูลจากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560
- 2) ข้อมูลพื้นฐานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ 2 ปี ย้อนหลัง จากโปรแกรม TBCM ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2560

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และ
 เวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (27 แห่ง)
 ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 3 ต.ค. 60

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2560	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การให้บริการ อาชีวอนามัย	การให้บริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย	เชียงรายประชานุเคราะห์		✓	✓
			แม่สาย	✓	✓
			เชียงใหม่	-	-
			เชียงของ	✓	✓
สคร. 2	ตาก	แม่สอด			
			พบพระ	-	-
			แม่ระมาด	-	-
สคร. 5	กาญจนบุรี	พหลพลพยุหเสนา		✓	✓
สคร. 6	ตราด	ตราด		✓	✓
			คลองใหญ่		
	สระแก้ว	สระแก้ว		✓	-
		อรัญประเทศ			
		วัฒนานคร	-	-	
สคร. 8	หนองคาย	หนองคาย		✓	✓
			สระใคร	-	-
	นครพนม	นครพนม		✓	✓
			ท่าอุเทน	-	-
สคร. 10	มุกดาหาร	มุกดาหาร		✓	✓
			ห้วยน้ำใหญ่	✓	✓
			ดอนตาล	-	-
สคร. 12	สงขลา	หาดใหญ่		✓	✓
			สะเดา	-	-
	นราธิวาส	นราธิวาสราชนครินทร์		✓	✓
		สุไหงโกลก		✓	✓
			ตากใบ	✓	✓
			แว้ง	-	-
	ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ		✓	✓	
รวม (แห่ง)	10	12	15		

**เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

- คำชี้แจง**
1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
 2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร คนปัจจุบัน หรือ ระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เสนอแนะ (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
03	การติดตามประเมินผลโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาล (Clinic)	มีหลักฐานแสดงการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานและดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ	0 1 2	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการครบทุกข้อ		
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการทางด้านอาชีวอนามัย (Non Clinic)	มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 1 โครงการที่เป็นโครงการ High light หรือโครงการจุดเน้น	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และครบจำนวนตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข หรือจำนวนตามข้อเสนอของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีว- เวชศาสตร์ 2 เดือน หรือ อนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรสาขาเวชกรรมป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์) อย่างน้อย 1 คน - พยาบาลอย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทาง	0 1 2 3	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล, นักวิชาการ) - มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>อาชีพอนามัย หลักสูตร 4 เดือน อย่างน้อย 1 คน</p> <p>- นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีพอนามัย/อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์/สิ่งแวดล้อมที่ผ่านการอบรมทางอาชีพอนามัยพื้นฐาน อย่างน้อย 1 คน)</p> <p>- แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 คน</p>				
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	<p>- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีพอนามัย</p> <p>- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p> <p>- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</p>		(สอบทวนเอกสาร)
06	การจัดการความรู้ด้านงานอาชีพอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดการบริการอาชีพอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น	0 1	<p>- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร</p> <p>- มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดการบริการอาชีพอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ</p>		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		รายงานการทำ After Action Review :AAR) เช่น ทำ AAR หลังซ้อมดับเพลิง , case study , สุนทรียสนทนา(Dialogue) , ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) , เรื่องเล่าเร้าพลัง (Story tell) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	2 3	- มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการ ศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวที วิชาการ ในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
08	การทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนา งานอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมการทำงาน	เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย ภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงาน และงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการ	0 1 2	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	ทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด: อสธจ. (ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535) หรือคณะทำงานอื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมคณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัด หรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด	3	เครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด		
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่ายสนับสนุนบุคลากรในการร่วม ออกปฏิบัติงานเพื่อให้ รพช.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม(มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง		
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)			=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งมีเอกสารการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล ให้รับทราบผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม LINE เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานที่ได้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรวิชาชีพ และบุคลากร ที่ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะต้องผ่านการอบรมหรือการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์กรวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ ในรอบระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จาก กระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิดตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและ การรายงานผลการตรวจตาม หลักวิชาการ	มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ การนำส่ง ตัวอย่างทางชีวภาพทั้งกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ประกอบ อาชีพภายนอก (เพื่อวิเคราะห์หาสารเคมี/เมตา โบไลต์ของสารเคมีในเลือด ปัสสาวะ ฯลฯ) ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่ง ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น ISO/IEC 17025, ISO 15189, มาตรฐาน สมาคมเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ โดยมีเอกสาร อ้างอิงหรือแนวทางทางวิชาการที่ใช้ รวมทั้งมี เอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพของ ห้องปฏิบัติการทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่ง ตรวจ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และ รายงานผล -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทาง ปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ ได้รับการรับรองมาตรฐาน -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทาง ปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของ สารเคมีที่ส่งตรวจ		
15	การจัดทำรายงานผลการ ตรวจสุขภาพและ สภาพแวดล้อมการทำงาน ของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตาม ปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผล การตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณา ใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำรายงาน -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อม การทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการ ตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ปีละครั้ง	0 1 2 3	0 -ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน 1 -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน 2 -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน 3 -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	จัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ เตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสี ฯลฯ พร้อมทั้งสื่อสารแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ	0 1 2 3	0 -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม 1 -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน 2 -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล 3 -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1	0 -ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล 1 -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก-เสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ		
			3	-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับ ปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = (\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน} / \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในเวลาเดียวกัน}) \times 1,000,000$ หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)	0 1 2 3	0 -ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 1 -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน 2 -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน 3 -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร) $IFR = X * 1,000,000$ $1,680 * \text{จำนวนบุคลากร}$
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการ อาชีพอายนอก					
	3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน					
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการ จัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง		(สอบทวนเอกสาร)
21	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ -จัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				เด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ		
22	การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบกรดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่งต่อ ฯ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวนลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร)
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีว-อนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือ แรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของ	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>โรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น</p> <p>- ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ</p> <p>- จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น</p> <p>เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะในการรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)</p>		<p>นามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ</p>		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	<p>มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมี การวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวัง</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม</p> <p>-มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่</p> <p>-จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่</p>		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		สุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม (เฝ้าระวังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพภายนอก)	3	-วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่าง น้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดย มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุม คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุม โรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายใน หรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและ เผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจาก การทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและ มีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน ลดลง เมื่อเทียบกับกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัย เสี่ยงจากการทำงาน เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				เพิ่มผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน		
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยแต่ละปีเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
28	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้ -การเดินทางสำรวจ การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหารจัดการความเสี่ยง -การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพ	0 1 2	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>(ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว</p> <p>-การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน</p> <p>-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล</p> <p>-การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน</p>	3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\left\{ \frac{(X)}{27} \right\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควมมีล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	-ไม่มีแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้า ถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกตัว และได้รับการสอบเทียบจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลา โดยต้องมีเอกสารรับรองการสอบเทียบของเครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน สอบเทียบอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง สำหรับ	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งาน ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอดจะต้องมีอุปกรณ์สำหรับการปรับเทียบความถูกต้องก่อนการใช้งานทุกครั้ง (กระบอกสูบลปรับเทียบ)				
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรอง ตามระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น <u>คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ ๗ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการ</u> จากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวง	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากร		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		สาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัย		ที่มีคุณวุฒิสาชาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย		
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีพอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีพอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพฯ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับ การวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้ -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				สิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ		
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	มีแนวปฏิบัติการและการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนของผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน โดยมีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาลหรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ใน	0 1 2	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		การประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	3	นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ ทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษา ต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่ หน่วยงาน)
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงาน จัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ด้วยการซักประวัติตามแบบฟอร์ม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)			=	ผลลัพธ์ = { (X)/36 } x 100 =.....%		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อเพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่อง	มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย และทำการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีการสรุปหรือบันทึกผลการติดตามผู้ป่วย	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ		
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลหตุยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูล	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าว	0 1	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	ได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	2 3	เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	0 1 2 3	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง -มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
46	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สนับสนุนข้อมูลสุขภาพ หรือ เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น ฯลฯ โดยพิจารณาจากหลักฐานต่างๆ เช่น หนังสือเชิญ เข้าร่วมประชุม/ให้ความเห็น หรือ ภาพถ่ายกิจกรรม หรือหนังสือขออนุเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการประเมิน EIA/EHIA/HIA หรือ ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม/เหตุร้องเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ	0 1 2 3	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมมีการสรุปข้อมูลการดำเนินงานที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานในทะเบียนหรือบันทึกข้อมูลกิจกรรม		สนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม		
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก	มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน หมายเหตุ : ให้พิจารณากรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลไม่ถึง 3 ปี แต่มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงหาสาเหตุเพื่อจัดการปัญหาได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของกรรมการตรวจประเมิน	0 1 2 3	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และ ข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x100	80%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	(คะแนนที่ได้/36) x 100	80%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	50%ขึ้นไป *
รวม	48	150		

*** หมายเหตุ**

การแบ่งระดับโรงพยาบาลหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 80

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 70

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบที่ 1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	80	80	-	-	-
ดี	80	80	80	-	50
ดีมาก	80	80	80	-	70
ดีเด่น	80	80	80	80	80

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
2. รอบเวลาการพิจารณา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบการแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหารคนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล					
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีโครงสร้างอัตรากำลังของงานอาชีวอนามัยตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม) หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัย พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอาชีวอนามัย หลักสูตร 60 ชม. นักวิชาการสาธารณสุข/อื่นๆ ที่ผ่านการอบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน ผ่านหลักสูตรพื้นฐาน	0 1 2 3	- ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุขหรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม		
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
05	การจัดการความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอา ชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมี การจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมี ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงาน การทบทวนหลังการทำงาน(After action review: AAR) หลังซ้อมดับเพลิง , case study, สนทนาสนทนา (Dialogue), community of practice (CoP) ชุมชนนัก ปฏิบัติ หรือ เรื่องเล่า ไร่พลัง(Story telling) ฯลฯ และมี การถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ติด บอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการ องค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญ - มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จาก การจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะ วิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทาง ต่างๆ		
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัย และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การ สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนา งานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายใน หรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการศึกษา วิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงาน การศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการใน ระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์- สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดย นำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้น ไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ใน ระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน และการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงาน ระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) หรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุม คณะทำงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ		
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่ายสนับสนุนบุคลากรในการร่วมออกปฏิบัติงาน เพื่อให้รพ.สต.เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-08 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100$	=.....%	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล	มีหลักฐานแสดงการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและมีการรายงานการประชุมคณะกรรมการฯโดยมีวาระ/มติ ที่เป็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย		
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมทั้งมีรายงาน หลักฐานที่แสดงถึงการสื่อสารความเสี่ยง หรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลให้รับทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน กำหนดหน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิดตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยงวิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรม การให้การอบรมทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งภายในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ แบบห้องเรียน (classroom) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผลการประเมินการฝึกอบรม	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีว-อนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงผลการประเมินการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน และหลักฐานแสดงการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง ในรอบปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อม และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ และจัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก		
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = \frac{\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ในเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน/จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน} \times 1,000,000}{\text{หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้งหมดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: การคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE)}$	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09 -18 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\%$		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความ เสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถาน ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบ สำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับ ความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึง การให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหาร จัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มี ลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือ สถานที่ทำงาน และมีการประเมิน ความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน การดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
20	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ		
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น การจัดสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงาน การจัดบอร์ดนิทรรศการ การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ รวมทั้งหลักฐานแสดงการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยโดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
22	การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบกรดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่งต่อ ๆ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวนลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถานประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือ แรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาพะสุภาพเจ้าหน้าที่	0 1 2	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น 	3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ 		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	<p>มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม</p>	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี 		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจาก สิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุ ทั้งภายในและหรือภายนอกโรงพยาบาล โดยมี การจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ หน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกัน ควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรค จากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรือ อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอก โรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอก โรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการ สอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง		
26	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการ ดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับ บริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				ค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน		
27	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	<p>มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเดินสำรวจ การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหารจัดการความเสี่ยง - การจัดทำรายการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดบริการตรวจสุขภาพ(ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง) โดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว - การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน 	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป 		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		<p>- การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน มายังโรงพยาบาล</p> <p>- การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือขาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือขาดเจ็บจากการทำงาน</p>				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27(X) =		ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ และควรมีล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์	0 1 2	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากรวิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัย	3	- มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัย และความปลอดภัยและมีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และ เครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลาอย่างน้อย	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาชาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ				
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพฯของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	0 1 2 3	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ ทั้งจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษา ต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบการอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุ จากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการ รักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงาน จัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การซักประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรอง โรคจากการทำงานด้วยการซักประวัติเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการ ทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวน - ผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28-37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่ อาจได้รับผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรอง ผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตาม แนวทางที่กำหนด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	- มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป		
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ และข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูลICD10	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม - มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		เกี่ยวข้องทราบ		
41	การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ พร้อมทั้งมีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง และปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้ อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงาน เกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		พื้นที่อย่างน้อยหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		ฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ38-42 (X)	=	ผลลัพธ์= $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24) x100	70%
องค์ประกอบที่ 2 การจั้ดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจั้ดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อและการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	(คะแนนที่ได้/30)x 100	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจั้ดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	(คะแนนที่ได้/15) x100	50%ขึ้นไป *
รวม	42	126		

*** หมายเหตุ**

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 70

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 70 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	70	70	-	-	-
ดี	70	70	70	-	50
ดีมาก	70	70	70	-	60
ดีเด่น	70	70	70	70	70

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 100
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 80
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 60
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 40
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 20

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือ มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	4	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	3	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	2	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)
	1	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 76 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

รายการ	ข้อบ่งใช้	จำนวนครั้งที่มารับคำแนะนำ	สถานะ
ยาสมุนไพร			
แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน	บรรเทาอาการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	3	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
ยาอมหญ้าดอกขาว	อดบุหรี่	3	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สเปรย์พ่นคอแก้ไอ	แก้ไอ	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
สารสกัดลำไย	บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ	2	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
ยาชีววัตถุ			
Acellular pertussis vaccine (aP)	วัคซีนรวมเพื่อป้องกันไอกรน	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Tetanus-Diphtheria-acellular Pertussis (TdaP)	วัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	2	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
Factor 8	Hemophilia A	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
IVIG	- ภาวะที่มี Gamma globulin ในซีรัมต่ำ - (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura : ITP) - Guillain-Barre Syndrome - Kawasaki Syndrome	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Albumin	- รักษาสมดุลของปริมาตรการไหลเวียนเลือด - รักษาปริมาตรของเหลวในร่างกายและรักษาสมดุลของของเหลวในระดับเนื้อเยื่อ - ใช้ในภาวะปริมาณโปรตีนในเลือดต่ำและปริมาณอัลบูมินในเลือดต่ำ	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Allergen extract (diagnostic)	ชุดทดสอบภูมิแพ้	2	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Influenza vaccine, seasonal	วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	4	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ
Peg-interferon alfa 2a	ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	1	อยู่ระหว่างขอรับคำแนะนำ

ที่มา : สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 80 ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
รายชื่อกฎหมายสำคัญที่เน้นในการบังคับใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

1. คดีการให้บริการทางการแพทย์
2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ
 - 2.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
 - 2.2 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
 - 2.3 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558
 - 2.4 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
 - 2.5 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
 - 2.6 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.7 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2.8 พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย
 - 3.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
1	พระราชบัญญัติกาชาด พ.ศ. 2499
2	พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
3	พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
4	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
5	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
6	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
7	พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542
8	พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558
9	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
10	พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
11	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
12	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
13	พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
14	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
15	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
16	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518
17	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
18	พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533
19	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
20	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535
21	พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
22	พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2509
23	พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558
24	พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
25	พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
26	พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
27	พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
28	พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535
29	พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
30	พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547
31	พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547
32	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
33	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
34	พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556
35	พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556
36	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552
37	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันวัคซีนแห่งชาติ(องค์การมหาชน)พ.ศ. 2555
38	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543
39	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

ภาคผนวก

ข

(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ
แบบรายงานตัวชี้วัด)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การคลอดมาตรฐาน

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)
- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน $(A/B) \times 100$	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน $(A/B) \times 100$	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
แบบสรุปผลรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน																																										
1.	<p>1.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">แผนงาน</th> <th style="width: 33%;">ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)</th> <th style="width: 33%;">ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 33%;">กระบวนการ</th> <th colspan="2" style="width: 66%;">กิจกรรมสำคัญ</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">ระดับจังหวัด</th> <th style="width: 33%;">ระดับอำเภอ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.2 เด็กผอม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3 เด็กเตี้ย</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)	1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน			2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย			กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ		ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน			2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน			2.2 เด็กผอม			2.3 เด็กเตี้ย						
แผนงาน	ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)	ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)																																									
1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน																																											
2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																											
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																											
2.2 เด็กผอม																																											
2.3 เด็กเตี้ย																																											
กระบวนการ	กิจกรรมสำคัญ																																										
	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ																																									
1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน																																											
2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ																																											
2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน																																											
2.2 เด็กผอม																																											
2.3 เด็กเตี้ย																																											
2.	<p>กิจกรรมรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่</p> <p>1.ตีมนมจิตยึดความสูง จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p> <p>2.กิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จำนวน.....ครั้ง จำนวนโรงเรียน.....แห่ง จำนวนนักเรียน.....คน</p>																																										
3.	<p>1.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ภาคเรียนที่ ปีการศึกษา</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)</th> <th style="width: 33%;">จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)</th> <th style="width: 33%;">ความครอบคลุม (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2. ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="width: 25%;">สูงดีสมส่วน</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">เริ่มอ้วนและอ้วน</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">ผอม</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">เตี้ย</th> </tr> <tr> <th style="width: 12.5%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 12.5%;">ร้อยละ</th> <th style="width: 12.5%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 12.5%;">ร้อยละ</th> <th style="width: 12.5%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 12.5%;">ร้อยละ</th> <th style="width: 12.5%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 12.5%;">ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ 2 ภาคเรียน</p> <p>3.1 สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวร่วมกัน)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="width: 50%;">ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)</th> <th colspan="2" style="width: 50%;">ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 25%;">ร้อยละ</th> <th style="width: 25%;">จำนวน (คน)</th> <th style="width: 25%;">ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)				สูงดีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ									ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง (คน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)																																									
สูงดีสมส่วน		เริ่มอ้วนและอ้วน		ผอม		เตี้ย																																					
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																				
ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)																																									
จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ																																								

ลำดับ	ผลการดำเนินงาน			
	3.2 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))			
	ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	3.3 ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))			
	ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	3.4 ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์ส่วนสูง (H/A))			
	ภาคเรียนที่ 2 (ปีศ.60)		ภาคเรียนที่ 1 (ปีศ.61)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4.	จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ			
	ประเภทโรงเรียน		จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)	
	ประถมศึกษา			
	ประถมศึกษาขยายโอกาส			
5.	1.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign.....แห่ง พบเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง*.....คน			
	2.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง (จากข้อ1.)*ได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขจำนวน.....คน (ระบุรายละเอียด)			
	รพศ./รพท. (คน)	รพช. (คน)	รพ.สต. (คน)	คลินิก DPAC (คน)

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านผู้สูงอายุ

1. ชื่อตัวชี้วัด: *ร้อยละของ Healthy Ageing*
2. จังหวัด..... เขตบริการสุขภาพที่.....
3. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน
4. ข้อมูลทั่วไป (ณ วันที่รายงาน)
 - 4.1 จำนวนประชากรรวม =.....คน
 - 4.2 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ =.....คน
5. ข้อมูลผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ภาพรวมทั้งจังหวัด)
 - 5.1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL =.....คน
 - จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Independent) =.....คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Partial-dependent) =.....คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (dependent) =.....คน คิดเป็นร้อยละ.....
6. รายงานผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (รายอำเภอ)

	จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่	ผลการคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL)			
			กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
อำเภอ 1		จำนวน			
		ร้อยละ			
อำเภอ 2		จำนวน			
		ร้อยละ			
รวม					

7. ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์
สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....
.....

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี

Oscillometric

2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต

2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย

2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

3. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (วัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต

วันที่	วัน/เดือน/ปี	เช้า ครั้งที่ 1		เช้า ครั้งที่ 2		ก่อนนอน ครั้งที่ 1		ก่อนนอน ครั้งที่ 2	
		ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)	ตัวบน/ตัวล่าง mmHg	HR (ครั้งต่อนาที)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = mmHg

ที่มา : รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560 หน้า 84-86

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

แบบรายงานตัวชี้วัด 1-1 ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้ที่ได้รับการประเมินและพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ สกุล ผู้รายงาน โทร. e mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ (ระบุสายพันธุ์)	ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต			การจัดทำฉลาก (มี/ไม่มี)			สถานที่กลุ่มเป้าหมายสำรวจเฝ้าระวัง			หมายเหตุ
				คะแนนรวม			ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	รหัสสัญลักษณ์หรือรูปแบบใดๆ บ่งชี้รุ่นการผลิต	ใช่	ไม่ใช่	ระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อบกพร่อง							

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ / 02 590 7406.....

.....นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ /นางสาววรวิญช์ พูลสวัสดิ์ 02 590 7030.....

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 : ร้อยละของสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการประเมินและพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....

วันที่รายงาน.....

วันที่เก็บตัวอย่าง

สถานที่เก็บตัวอย่าง ห้างค้าปลีก ตลาด ระบุชื่อร้าน/แผง หรือ อาคาร/ทะเบียนรถ.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชนิดผักผลไม้ (ระบุสายพันธุ์)	ชื่อสถานที่เก็บตัวอย่าง (ระบุชื่อห้าง/ตลาด)	ยี่ห้อสินค้า (ถ้ามีระบุ)	ฉลาก	รหัสสินค้า (ถ้ามีระบุ)	แหล่งที่มา (ถ้าทราบให้ ระบุชื่อและ ที่ตั้ง)	รายละเอียดอื่นๆ ของตัวอย่าง (ถ้ามีระบุ)					รายละเอียดผู้ขาย (ระบุชื่อ-เบอร์ติดต่อ)	ช่วงระยะเวลา ที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง (ระบุเดือน/ปี)	หมายเหตุ
							ชื่อผู้ผลิต	วันเดือนปี ที่ผลิต	Lot no.	เครื่องหมาย รับรอง	อื่นๆ			
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										
				<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี										

หมายเหตุ : 1. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวโรรัตน์ ถนอมกิจ โทร. 02-590-7406.....

ผู้ประสานงานตามตัวชี้วัด: นางสาวกนกนทร รัตนจันท/นางสาวรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร. 0-2590-7030

2. ส่งรายงานทาง e-mail : kb@fda.moph.go.th

แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2

(ร่าง) แบบรายงานตัวชี้วัด 2 : ร้อยละของสถานที่มีผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนได้รับการตรวจประเมินและสุ่มเก็บตัวอย่างตามแผนที่กำหนด				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด _____				
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน _____ โทร. _____ e-mail _____				
วันที่รายงาน _____				
1. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำปี				
เลขที่	จำนวนสถานที่มีผลิตภัณฑ์ตรวจประเมินและเก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2560				
1/2561				
2. กิจกรรมเฝ้าระวังประจำเดือน				
เดือน	จำนวนสถานที่มีผลิตภัณฑ์เก็บตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการผลวิเคราะห์ (รายการ)
ค.ค.-60				
พ.ย.-60				
ธ.ค.-60				
ม.ค.-61				
ก.พ.-61				
มี.ค.-61				
เม.ย.-61				
พ.ค.-61				
มิ.ย.-61				
ก.ค.-61				
ส.ค.-61				
ก.ย.-61				
หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวใจตินภา เหล่าไพบูลย์ / 02-590-7206.....				
นางสาวกนกเนตร รัตนจันทร์ / นางสาววรวรรณีย์ ทูลสวัสดิ์ 0-2590-7030				

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หน่วยงาน.....

ประเภทที่เก็บ	รายการที่เก็บ	หัวข้อวิเคราะห์	สถานที่จัดเก็บ (โปรดเลือก)			จำนวนที่เก็บ	จำนวนที่ได้รับผลวิเคราะห์	ผลวิเคราะห์				สาเหตุที่ไม่เข้ามาตรฐาน		การดำเนินการในกรณีที่ไม่เข้ามาตรฐาน	
			ผลิต	นำเข้า	จำหน่าย			เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ไม่เข้ามาตรฐาน	ร้อยละ	ระบุสาเหตุ	ระบุจำนวน		
1. เฝ้ารังปกติ															
1.1 เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ	- IV Set														
	- Suction														

ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ
รายการที่เก็บ หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น
หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

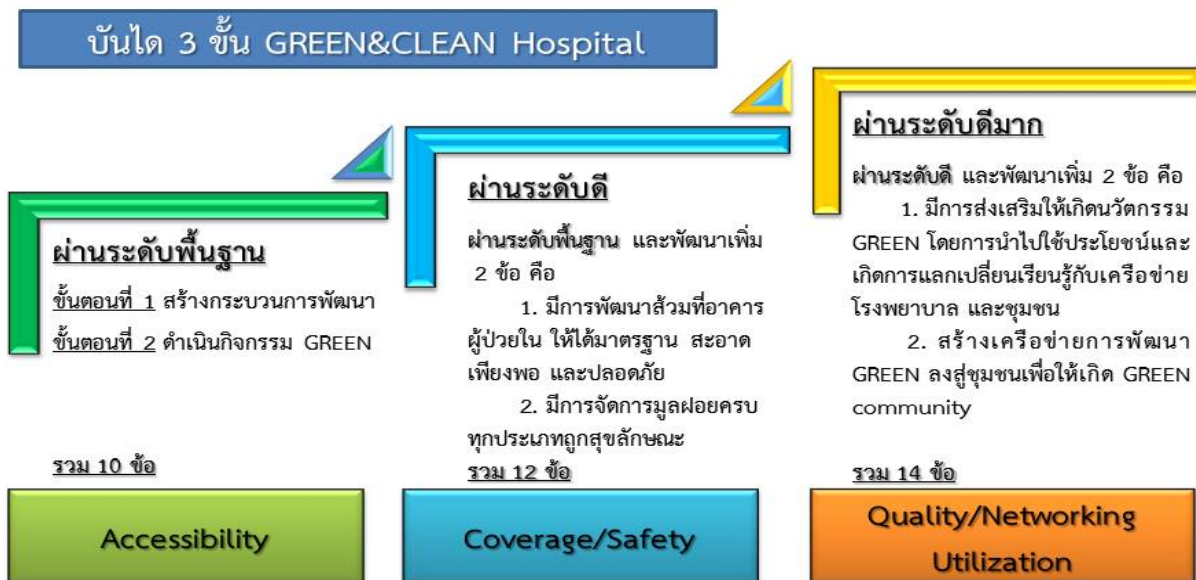
เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

ในระดับพื้นฐาน จะเป็นการประเมินการเข้าถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยประเมินด้านการสร้างกระบวนการพัฒนา โดยการนำเอากลยุทธ์หลัก CLEAN มาใช้ และประเมินกิจกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลโดยกิจกรรม GREEN ซึ่ง ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยทั่วไป การพัฒนาส้วม OPD ให้ได้มาตรฐาน HAS การจัดการด้านพลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกอาคารโรงพยาบาล การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงพยาบาล รวมทุกประเด็นจำนวน 10 ข้อ

ในระดับดี เน้นความครอบคลุมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเพิ่มกิจกรรม GREEN มา 2 ข้อคือ การพัฒนาส้วม IPD ให้ได้มาตรฐาน HAS และการจัดการมูลฝอยได้ครบทุกประเภท

ในระดับดีมาก เพิ่มกิจกรรม GREEN อีก 2 ข้อ ระดับนี้เน้นเรื่องของคุณภาพในการจัดการและการสร้างเครือข่ายเพื่อขยายผลการดำเนินงาน โดยเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และการนำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชนจนเกิดเป็น GREEN Community



แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

ชื่อโรงพยาบาล

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	<p>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p>	<p>1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร</p> <p>2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น</p> <p>4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	<p>โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากร <ol style="list-style-type: none"> 1.1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 1.2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 3.2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม 3.3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>3.4. มวลฝอยติดเชื้อประเภทไวรัสไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของ ถังและมัดปากถังด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น</p> <p>3.5. มวลฝอยติดเชื้อประเภทไวรัสมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของ ถัง</p> <p>3.6. ภาชนะสำหรับบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ (ถังแดงและกล่องใส่มวลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัด มวลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4. <u>การเคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>4.1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถังมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน</p> <p>4.2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มี มวลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย</p> <p>4.3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อที่ แน่นนอน</p> <p>4.4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>5. <u>ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>5.1. มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำและมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้</p> <p>5.2. มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมวลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น”</p> <p>5.3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมวลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดหกหล่น ประจํารถเข็น</p>			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>6. <u>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>6.1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด</p> <p>6.2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค</p> <p>6.3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน</p> <p>6.4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อาจเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้</p> <p>6.5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย</p> <p>6.6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร</p> <p>7. <u>การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</u></p> <p>7.1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง</p> <p>7.1.1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้</p> <p>7.1.2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน</p> <p>7.1.3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556</p>			

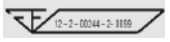
กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>7.2.กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</p> <p>7.2.1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื่อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>7.2.2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื่อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื่อ พ.ศ. 2545</p>			
	<p>3 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไป ตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (รอนำไปกำจัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลา ที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
R: RESTROOM (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS))	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	<p><u>อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน</p> <p>อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่</p> <p>ความสะอาด (Health:H)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กีดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 3. กระจาดชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ <p>ความเพียงพอ (Accessibility: A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. จัดให้มีที่นั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่นั่ง 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<p>*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ <p>ความปลอดภัย (Safety: S)</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลึบตา/เปลี่ยว 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน 14. ประตูที่จับเปิด - ปิด และที่ล็อกด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง 16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ 			
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5 มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	<p>มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น <p>และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น 			
	7 มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง 2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบ่าบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 			
NUTRITION (การจัดการสุขภาพโภชนาการและการจัดการน้ำ)	8 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพโภชนาการของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน	<p>สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพโภชนาการของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริเวณที่เตรียม - ประงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
บริโภคนใน โรงพยาบาล)		<ol style="list-style-type: none"> 2. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็งเรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด 7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน 9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ประดู ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม 13. ผู้ประดู ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ 14. ผู้ประดู ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ 15. ผู้ประดู ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน			
	9 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้ 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมประดู ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมประดูอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมประดูอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 3. ใช้สารประดูแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขสารบอาหาร  หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		<ol style="list-style-type: none"> 4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิดใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้งหรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 8. เชียงและมัต ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ 9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาดหรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล 11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้งานได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา 12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม 13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลียงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร 15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด			
ระดับดี					
	10 จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง			
	11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ	มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้ 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	12 มีการพัฒนาส่วนมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)	<p><u>อาคารผู้ป่วยใน (Ward)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น</p> <p>อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส่วนสาธารณสุขไทย (HAS) ใน 16 ข้อ</p>			
ระดับดีมาก					
	13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	<p>มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง <u>ความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร</u> หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็น 			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		ประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN			
	14 สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน			

สรุปผลการประเมิน

ผ่านในระดับ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ต้องปรับปรุง (ข้อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน

(.....

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่กำหนด หรือหากไม่มี ให้ใช้พื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ</p> <p>* ข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ พื้นที่เสี่ยงตามแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 ใน 46 จังหวัด ที่เป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ ทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p>2) หากไม่มีทั้งพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่ระบุ และพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานตามประเด็นตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็น ปัญหาตามนโยบายประเทศ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p>	<p>1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นในแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 คือ.....</p> <p>2) ประเด็นพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ที่ดำเนินการ คือ.....</p> <p>3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ..... (ได้แก่ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ระบบ NEHIS/ลักษณะอื่นๆ)</p>
<p>1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด และมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญของจังหวัด อย่างเป็นระบบ</p>	<p>มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มี/ข้อมูลข่าวสาร/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ</p>	<p>1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ.....</p> <p>2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล คือ.....</p> <p>3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ)</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน <u>และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสรจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุม กิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสรจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสรจ. คือ
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)
2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย	มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมลพิษยดติดเชื้อ มลพิษทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น <u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเล็กทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาล้างแวล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน) <u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมลพิษยดติดเชื้อ มลพิษทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	<p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี</p> <p>2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	
<p>2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุม คณะอนุกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด</p> <p>2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>2.6 มีการรายงานการประชุม</p>	<p>มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน</p>		
<p>3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน</p>	<p>1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน</p> <p>2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน</p> <p>3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>
<p>3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน</p> <p>3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท. และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯแห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐานแห่ง
3.6 มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย		
4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน	มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษัทที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำ คณะทำงาน เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยัง ศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ตำบล อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภุมมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมนี นวัตกรรมชุมชนในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ สุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็น ตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ สุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มี นวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพ
6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับ หน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการ สุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหาลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. / รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เช่น อสจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการ สุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพ หรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตาม ความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพ ตามความจำเป็น	มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และ สนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การ สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงาน ที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสาร ความเสี่ยงแก่ประชาชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อ ประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการ สนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการ สื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุม ชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับชั้นเริ่มต้นพัฒนา	รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ชั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7)
- (2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)
- (3) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 5)
- (4) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A (ร้อยละ 100)
- (5) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S (ร้อยละ 80)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) × 100	
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)(เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกจากทุกหอผู้ป่วย ในระยะเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x100	
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
อำเภอ....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 5)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายสถานะตายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I63) (E)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน จากทุกหอ ผู้ป่วย ในระยะเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (F)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x100	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเพียง จำนวนเดียว
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

5. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเพียง จำนวนเดียว
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

6. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ M

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

* หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง

2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

7. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

8. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ
ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ
ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่ เสียชีวิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิด มีชีพ (B)	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x 1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

2. สถานการณ์.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมแต่ละจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
แบบบันทึกการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ.....รหัสสถานบริการ.....
(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)

ประจำเดือน

วันที่เข้ารับบริการ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือนปีเกิด	อำเภอ	จังหวัด	รหัสโรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q	คะแนน 8Q

หมายเหตุ

- วันที่เข้ารับบริการ คือ วันที่มารับบริการที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7
- คำนำหน้าชื่อ ให้ลงข้อมูลเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
- เพศ ให้ลงข้อมูลในรูปแบบรหัส เพศชายให้ลงเป็น 1 เพศหญิงให้ลงเป็น 2
- เลขที่บัตรประชาชน ให้ลงข้อมูลในรูปแบบเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
- วันเดือนปีเกิด ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd
- อำเภอ, จังหวัด คือ ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษาตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ให้ลงข้อมูลตามรูปแบบของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- รหัสโรคซึมเศร้า คือ รหัส ICD10 ตั้งแต่ F32, F33, F34.1, F38 และ F39 ให้ลงข้อมูลรูปแบบรหัส เช่น F32, F33,... เป็นต้น
- คะแนน 9Q, 8Q คือ คะแนนที่ประเมินได้จาก 9Q, 8Q ถ้ามีผลของการประเมินให้ลงข้อมูลรูปแบบตัวเลข เช่น 16, 10,... เป็นต้น

ผู้รายงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
 ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H code

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

หมายเหตุ :

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

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

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

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ 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)

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

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

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

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

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

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน
3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI
4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหัวใจ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อำนาจรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่ รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์ $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....
4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....
5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

2. สถานการณ์

.....
.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22, C24) (A)	จำนวนประชากร กลางในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x 100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....
.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

2. สถานการณ์

.....

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด $(A/B) \times 100,000$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

.....

.....

5. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
 ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
 (เป้าหมาย: > 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr
 (เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 mL/min/1.73 m ² /yr x 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (A/B)X100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อยุบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

- (1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (A)	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย (B)	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน $(A/B) \times 100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต.....

2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
(เป้าหมาย: 1.0:100 (ในปีงบประมาณ 2564))

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)X100	
จังหวัด 1				
2				
3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขต).....

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เอกสารประกอบ
 ตัวชี้วัดที่ 47 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
 แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
 ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (A/B)x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก >60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการขาดเตียงรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน
- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเจอครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติ ในการรักษาพยาบาลลงมาก
- ผู้ป่วยที่ทำหัตถการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (A/B)x 10	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
 (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery(MIS)

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข ในการเข้ารับการผ่าตัด แบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (A/B) x 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 50 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
(ทั้งที่ ER และ Admit)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (A/B) X 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... E-mail.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา
 เศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....
 ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง ระดับ () รพศ. () รพท.
2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ (ระบุ).....
3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลคน
4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ, พนักงานบันทึกข้อมูล).....คน
(กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย.....คน)
 - 6.1 จำนวนแพทย์คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)คน
 - 6.2 จำนวนพยาบาล.....คน
จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน
 - 6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน
จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย.....คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน
จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน
 - 6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล สนับสนุนการดำเนินงานด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่ม อื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรใน โรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง			
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับนโยบายตามบริบท ของพื้นที่	0 1 2	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชี วอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชี วอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบ อาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อ ดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพ อื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอก โรงพยาบาล			
03	การติดตามประเมินผล โครงการ พัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน ของโรงพยาบาล (Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจาก การทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับ สมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ ครบทุกข้อ			
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/ โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย (Non Clinic)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตาม - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบ งานของกระทรวงสาธารณสุข	0 1 2	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมออกมาตามกรอบ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม ตาม กรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติ เฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ)			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งและจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข			
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ			
06	การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ			
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน ทางด้านอาชีวอนามัยและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา			
08	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางาน อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด			
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X) / 27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหาร จัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกใน โรงพยาบาล -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความ เสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการ ทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตาม มาตรฐาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน -มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือ ผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ			
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อม การทำงาน แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วย เครื่องมืออาชีวสุขภาพศาสตร์	0 1 2 3	-ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยง ของงานแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ ส่งส่งตรวจทางชีวภาพและการ รายงานผลการตรวจตามหลัก วิชาการ	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บส่งตรวจทางชีวภาพ -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บนำส่ง ส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล -มีการเก็บส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน -มีการเก็บส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ			
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจ สุขภาพและสภาพแวดล้อมการ ทำงานของบุคลากร	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำรายงาน -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			สภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน			
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ			
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ			
		3	-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ครอบคลุมทุกแผนก			
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาล	0	-ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่ม บุคลากร			
		1	-อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
		2	-อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
		3	-อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						
20	การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยง	0	-ไม่มีการเดินสำรวจ			
		1	-มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่- ทำงาน			
		2	-มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่- ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง			
		3	-ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหาร จัดการความเสี่ยง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
21	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่ สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของ ผู้รับบริการ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมี นวัตกรรมต่างๆ			
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วย ให้บริการอาชีวอนามัยของ โรงพยาบาล	0 1 2 3	-ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรค จากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วย ให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการ อื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุง ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สบสสนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการ ดำเนินงานจัดบริการอาชีว- อนามัย	0 1 2	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย สำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก บุคลากรในโรงพยาบาล			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	0 1 2 3	-ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม -มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>			
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>			
28	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	0 1 2	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ใน สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่ง ขึ้นไป			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$	=.....%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและ จัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับ บริการ	0 1 2 3	-ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับ บริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้า ถึง บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน พร้อมใช้งาน	0 1 2 3	-ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการ สอบเทียบตามระยะเวลา			
32	การควบคุมคุณภาพการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการ ทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	-ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมิน สภาพแวดล้อมการทำงาน -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกอง วิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟู จากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตาม แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย			
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการคัดกรอง -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการ ทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัด กรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรค จากสิ่งแวดล้อม -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน</p> <p>1 -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p> <p>2 -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมๆ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้</p> <p>3 -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ</p>			
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>1 -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน</p> <p>2 -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3 -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>			
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนทดแทน	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีการดำเนินการ</p> <p>1 -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ</p> <p>2 -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน</p> <p>3 -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย</p>			
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work)	0 1	<p>0 -ไม่มีการดำเนินการ</p> <p>1 -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน</p>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	management)	2	-มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่พนักงาน/ผู้แทนหัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ			
		3	-มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
38	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	0	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม			
		1	-มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง			
		2	-มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
		3	-มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ			
		1	-มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ			
		2	-มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ			
		3	-มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการ อาชีวอนามัย			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
42	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวข้อง	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย</p> <p>1 -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย</p> <p>2 -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน</p> <p>3 -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ</p>			
43	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>1 -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>2 -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน</p> <p>3 -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาคือต่อไป</p>			
44	การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	<p>0 -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>1 -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม</p> <p>2 -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3 -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
45	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง -มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง -มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปีหรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
46	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
47	การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ	0 1 2	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็น			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	ปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูล เพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่ เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม			
48	การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการ เจ็บป่วยและผลกระทบต่อ สุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้ง เชิงรับและเชิงรุก	0 1 2 3	-ไม่มีการรวบรวมข้อมูล -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพ ที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูล เชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูล มลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดใน <u>แผนการรวบรวมข้อมูล</u> อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูล ด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม			
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41-48 (X)				=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

() เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2)

() ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป))

() ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ50 ขึ้นไป))

() ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
3.

ข้อมูลทั่วไป

- 1.ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... จำนวนเตียง.....เตียง
- 2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน () HA () HPH () HNQA () ISO.....() มอก..... () อื่นๆ(ระบุ).....
- 3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....คน
- 4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด
 - () กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ () กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
 - () กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 5.คุณวุฒิของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล
 - 5.1 แพทย์คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีพเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน)คน
 - อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีพเวชศาสตร์)คน
 - 5.2 พยาบาล.....คน
 - จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน)คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง).....คน
 - ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ.....คน
 - 5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม.....คน
 - จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยคน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อมคน
 - จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์คน คุณวุฒิอื่นๆ.....คน
 - 5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ.....คน

ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<p>- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>- มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง</p>			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล 			
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	0 1 2	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้าน 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	<p>อาชีพอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวงสาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม 			
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 			
05	การจัดการความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา 			
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีว-อนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ 			
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการจัดบริการอาชีว-	0 1	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	อนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	2 3	- มีการสนับสนุนรพสต.ให้มีการจัดบริการอาชีว- อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย1แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพสต. อย่างน้อย 1 แห่ง			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=	ผลลัพธ์= $\{(X) / 24\} \times 100$ =.....%		
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย ความ ปลอดภัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงานของ โรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาท หน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุม โดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีว- อนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มี ข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัย			
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยงจาก การทำงาน	0 1 2	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุก แผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		3	ความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร			
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน			
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนรวมทั้งมีการ			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			ติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว			
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน			
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย			
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	0	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	ปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	1 2 3	- มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน			
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อม และ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล			
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานใน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			แผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก			
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=	ผลลัพธ์ = $\{(X) / 30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						
19	การเดินสำรวจสถาน-ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
20	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ 			
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ ที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯ โดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
22	การสนับสนุนให้สถาน- ประกอบการดำเนินการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการอาชีว- อนามัยของโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่ สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการ ของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการ คัด กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการ ทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน- ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการ ประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง			
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว อนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่ นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว- อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้ง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
			บุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และ แรงงานนอกระบบ			
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่	0 1 2 3	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี			
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานกรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
26	จำนวนสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานที่ได้รับการ จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	0 1 2 3	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว- อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่าน มา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถาน ประกอบการ/สถานที่ทำงาน			
27	การจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านส่งเสริม ป้องกันในสถาน ประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน ครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน				การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการ	
	ฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่าน ช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม			
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการ ตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพฯ โดยบุคลากรที่ผ่านการ อบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวง สาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทาง วิชาการ - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้ มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับ การสอบเทียบตามระยะเวลา			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา 			
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จากการทำงาน และโรคจาก สิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD- 10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ จากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่กำหนด			
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
34	การบริหารจัดการประเมิน และดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้า ทำงาน (Return to work management)	0 1	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วย ก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้า ทำงาน			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ			
		3	- มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม			
35	การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ	0	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม			
		1	- มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง			
		2	- มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
		3	- มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการหรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
36	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	0 1 2 3	-ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิง รุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย			
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับ การช้กประวัติเพื่อคัดกรอง โรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมี การดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัด กรองโรคจากการทำงาน			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
38	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองและคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ 			
39	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป 			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
40	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพ พร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			
41	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย			
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	0 1	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม			

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน	ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง
		2	- ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง			
		3	- จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น			
			รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$	

สรุปผลการประเมินตนเอง

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

() เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2)

() ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป))

() ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป))

() ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1- 4 และ 5 (ร้อยละ 70 ขึ้นไป))

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- 1.....
- 2.....
- 3.....

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)
(สำหรับจังหวัดน่าน)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

เมืองสมุนไพรจังหวัดน่าน	
	1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1)
	2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)
	3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)
	4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม				
1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัดุดิบสมุนไพรระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจาก แปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์ สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง				
3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขึ้น 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระจายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)				

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดน่านรอง)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน

..... เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย			
	1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2)		6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7)
	2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)		7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9)
	3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)		8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10)
	4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)		9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
	5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)		

2. โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นการประเมิน	รายละเอียด ของผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน				
1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณ วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด				
มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร				
2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร				
2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง				
มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)				
3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง				
3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)				
มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)				
4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)				
4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20				
4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20				
สรุปผลการประเมิน				

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
 แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
 เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

จังหวัด	หลักสูตร/ โครงการ	แหล่งเงินตามแผน HRD (บาท)				องค์ประกอบที่ 1										
		งบอุดหนุน	เงิน บำรุง	แหล่ง อื่นๆ	รวม ทั้งหมด	1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals) (คน)		2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)(คน)		3.บุคลากรสนับสนุน Associates Health personal) (คน)		4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office) (คน)		5. ผู้บริหาร (คน)		
						เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	
รวมจังหวัด																
รวมจังหวัด																
รวมภาพ เขต		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

จังหวัด	หลักสูตร/โครงการ	องค์ประกอบที่ 2			องค์ประกอบที่ 3			องค์ประกอบที่ 4			องค์ประกอบที่ 5
		จำนวนสถาบันฯ ที่เขตมีความ ร่วมมือ	จำนวน สถาบันฯใน เขตทั้งหมด	ร้อยละ	เป้าหมาย (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	ร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	จำนวนข้อร้องเรียนในเขต
รวมจังหวัด											
รวมจังหวัด											
รวมภาพ เขต		-			-	-		-	-		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals)	1 แพทย์									
	2 ทันตแพทย์									
	3 เภสัชกร									
	4 พยาบาล									
	5 นักเทคนิคการแพทย์									
	6 นักกายภาพบำบัด									
	7 นักวิชาการสาธารณสุข									
2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)	8 นักรังสีการแพทย์									
	9 นักกิจกรรมบำบัด									
	10 นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยา									
	11 นักเวชศาสตร์การสื่อ ความหมาย									
	12 นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก									
	13 นักฟิสิกส์รังสี									
	14 แพทย์แผนไทย									
	15 นักวิชาการทันตสาธารณสุข									
	16 นักโภชนาการ									
	17 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์									
	18 นักสังคมสงเคราะห์									
	19 นักวิชาการศึกษาพิเศษ									
	20 นักกายอุปกรณ์									
	21 นักวิชาการอาหารและยา									

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การ พัฒนา
3.บุคลากร สนับสนุน Associates Health personal)	22	เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข								
	23	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม								
	24	เจ้าพนักงานสาธารณสุข								
	25	เจ้าพนักงานเวชสถิติ								
	26	เจ้าพนักงานรังสี การแพทย์								
	27	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน								
	28	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์								
4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office)	1	นิติกร								
	2	นักทรัพยากรบุคคล								
	3	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน การเงินและบัญชี								
	4	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน พัสดุ								
	5	นักจัดการงานทั่วไป								
	6	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน คอมพิวเตอร์								
	7	นักสถิติ								
	8	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน โสตทัศนศึกษา								
	9	เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์								
	10	เจ้าพนักงานธุรการ								
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง									
	ระดับกลาง									
	ระดับต้น									
รวมทั้งสิ้น										

ภาคผนวก

ค

(Inspection Guideline)

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน
2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน

สถานการณ์

ประเทศไทยมีข้อมูลหลายแหล่งที่รายงานอัตราการตายของมารดา องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 21, 21 และ 20 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการตาย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในช่วงปี พ.ศ. 2553- 2554 มีแนวโน้มลดลงโดยมีอัตราเท่ากับ 10.20 และ 8.90 ตามลำดับ และมีอัตราเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555 - 2557 โดยมีอัตราเท่ากับ 17.6, 22.2 และ 23.3 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557) จากผลการนิเทศของ สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราส่วนการตายมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพในปีงบประมาณ 2558 – 2559 เท่ากับ 22.73 และ 26.42 ตามลำดับ

จากรายงานข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาการตายของมารดาและทารกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มารดาตายมาจากการตกเลือด การติดเชื้อ การแท้งไม่ปลอดภัย ความดันโลหิตสูงและชกจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งการคลอดติดขัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ หากมีการดูแลในระยะคลอดที่ดี (intrapartum care) จะสามารถลดอันตรายของมารดาได้ครึ่งหนึ่งเป็นอย่างน้อย จะเห็นได้ว่าการตายของมารดาส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในห้องคลอดซึ่งต้องอาศัย medical service ดังนั้นแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายมารดา การพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้ทางด้านวิชาการ รวมทั้งทักษะต่างๆในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายของมารดาได้

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์			
พัฒนาแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ด้านการคลอดที่ได้มาตรฐานและนำสู่การปฏิบัติ	1.พัฒนาระบบส่งต่อ 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน 3.จัดอบรมครู ก. เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้และพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง 4. หน่วยงานในกรมการแพทย์ ร่วมกับเขตสุขภาพดำเนินงานอบรมพัฒนา	1.การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วยการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 2. ระบบการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด-หลังคลอด	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	บุคลากรทางการแพทย์ในเขตพื้นที่	<p>ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์</p> <p>3. ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น</p> <p>4. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด(รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>	

1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน	
รายการข้อมูล 1	$A_{(1)}$ = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	$B_{(1)}$ = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(1)} / B_{(1)}) \times 100$
2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน	
รายการข้อมูล 1	$A_{(2)}$ = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	$B_{(2)}$ = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(2)} / B_{(2)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน

ปี 2561:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
A, S	-	80	-	80
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40

ปี 2562:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
A, S	-	80	-	80
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40

ปี 2563:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
A, S	-	90	-	90
M1, M2, F1, F2	-	50	-	50

ปี 2564:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
A, S	-	100	-	100
M1, M2, F1, F2	-	60	-	60

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1.รับทราบนโยบาย กระจายภายในเขตสุขภาพ</p> <p>2.มีการประชุมภายในเขต สุขภาพโดย MCH board เป็นหัวหน้า เพื่อวางแผน ให้เป็นไปตามเป้าหมาย และพัฒนาเครือข่าย</p>	<p>1.จัดอบรมบุคลากรภายใน เขตสุขภาพโดยรพ.แม่ข่าย หรือส่งอบรมในส่วนกลาง ถ้ายังไม่มีศักยภาพที่จะจัด ได้</p> <p>2. เริ่มมีการพัฒนาระบบส่ง ต่อ</p> <p>3. เริ่มพัฒนาระบบการ คลอดในแต่ละโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามเกณฑ์การ คลอดมาตรฐาน โดยมี เครือข่ายเป็นตัวผลักดัน</p>	<p>1.มีแนวปฏิบัติการดูแล การคลอดตามเกณฑ์ มาตรฐานที่ชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ การประเมินภาวะ เสี่ยง การบันทึกข้อมูล ตามแบบฟอร์มมาตรฐาน การประเมินทารกในครรภ์ การตรวจอุ้งเชิงกราน มารดา การใช้กราฟดูแล การคลอด</p> <p>มีทีมกู้ชีพมารดา แนว ทางการป้องกันและรักษา ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น</p>	<p>1. มีเกณฑ์ Refer เป็น ลายลักษณ์อักษร เมื่อพบ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ให้ สามารถ refer ได้ทันที</p> <p>2. มีการทบทวน การ ดูแลรักษาที่เสียชีวิตจาก การคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวช ปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p> <p>3. มีครู ก. เพื่อเป็นพี่ เลี้ยงในการให้ความรู้และ พัฒนาบุคลากรในพื้นที่ได้ ด้วยตนเอง</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล	ตำแหน่งที่ปรึกษา	Tel. 02-2062988 Mobile 081-6945405 e-mail : kasem_saeree@yahoo.com	
2. ผศ.นพ. สมบูรณ์ ตรีศุกุลรัตน์	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่ม งานสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี	Tel. 02-3548084 Mobile 081-3156052 e-mail : chanapatman@gmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทย

ตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ “อัตราส่วนการตายมารดาไทย”

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี 2560
3. ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี 2560
4. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
5. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
6. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ
7. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 16
8. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
9. ร้อยละ 70โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
10. ร้อยละจังหวัดที่ใช้โปรแกรม RapidPro

สถานการณ์

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ปี พ.ศ.2547, 2549, 2551, 2556 และ2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 44.5, 41.6, 38.5, 31.2 และ24.06 ตามลำดับ และจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบ 2 ประจำปี 2560 (1 ตุลาคม 2559 – 30 มิถุนายน 2560) พบว่าสถานการณ์มารดาตายตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560 มีรายงานมารดาตาย จำนวน 88 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 23.75 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์มารดาตายในปี 2560 ลดลงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2559 ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 24.06 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนโดยมีเขตบริการสุขภาพที่ 5, 6, 7, 8, 9, และ 10 ผ่านค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, Sepsis, HIV เป็นต้น จึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคลและทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

สำหรับผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบว่า โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และจำนวน616 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 706 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.25 นอกจากนี้งานบริการฝากครรภ์คุณภาพ ได้แก่การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่เกินร้อยละ 20) คือร้อยละ 65.18 และ ร้อยละ 16.61 ตามลำดับ (ซึ่งผลงานดีกว่าการรายงานตรวจราชการรอบ 2 ปี พ.ศ.2559 ทั้งสองตัวชี้วัด) แต่ก็ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งและการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 65) คือ ร้อยละ 52.94 และ 47.89 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 กรมอนามัยได้มีตัวชี้วัดกระบวนการในประเด็นการแก้ไขปัญหาการตายระดับจังหวัด คือ จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการตายมารดาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 พบว่า โดยภาพรวมสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจังหวัดจะสามารถดำเนินการได้ครบทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ 1) มีคณะกรรมการ MCH board 2) มี

การดำเนินงานตาม มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก 3) มีการจัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อ 4) มีการสืบสวนสาเหตุการตาย และ 5) รวบรวม วิเคราะห์และส่งกลับ แต่เมื่อนำเงื่อนไขผลการดำเนินงานของจังหวัดในการลดอัตราการตายมารดาให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 เทียบกับปี พ.ศ.2559 พบว่ามีหลายจังหวัดที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

- 1.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- 2.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง
- 3.การสร้างภาคีเครือข่าย
- 4.ระบบบริการที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
1. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	1.ใช้กลไก MCH Board / คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน	1. มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดา 2. จัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการตายมารดา 3.มีการประชุม MCH board เพื่อออกมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา และถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ	1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข 2.มีมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา
2.การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา	2.ใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดาในพื้นที่ เพื่อป้องกันและลดการตายมารดาในพื้นที่	4. สนับสนุน/ผลักดัน ให้หน่วยบริการภายในพื้นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวมาตรการ/แนวทาง และให้เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน 5.มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายระดับจังหวัด / เขต เพื่อจัดการแก้ปัญหาและพัฒนางาน โดยมีทีมช่วยเหลือด้านวิชาการและบริหารจัดการ 7. มีการบริหารจัดการระบบเพื่อป้องกันการตายมารดา	-มีการจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง -มี Standing Order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันการตกลูกและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ 3.มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นทางการพร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการและมาตรการในการป้องกันการตายมารดาสู่ผู้ปฏิบัติ 4.มีระบบเฝ้าระวังการตายมารดาทุกจังหวัดและรายงานจำนวนมารดาตายรายเดือนแก่กรมอนามัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง			
สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	1. สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงนวัตกรรมสื่อสารสองทางเพื่อสร้างกระแสความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัว และชุมชน	1. หน่วยบริการทุกระดับ มีและใช้แผนการสอนที่กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้พ่อ แม่ เข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ในการสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. หน่วยบริการสนับสนุนการใช้โปรแกรมสื่อสาร ของหญิงตั้งครรภ์ (Rapid Pro) 3. มีการสื่อสารความรู้ผ่านสื่อต่างๆ	1. มีแผนการประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มียุทธศาสตร์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน 3. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3. การสร้างภาคีเครือข่าย			
เพื่อบูรณาการงานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่าย	สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคีเครือข่าย	1. ประชุม MCH board เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือนครั้ง เช่น จัดประชุมสัญจรมอบจังหวัด ในพื้นที่ แลกเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อสร้างความตื่นตัว, ประชุม MCH conference เป็นต้น 2. ใช้กลไก MCH Board ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กโดยบูรณาการงานกับ Service Plan และเชื่อมโยงกับ พชอ. เพื่อให้เห็นปัญหาและกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน 3. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 4. ประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 4. ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์	1. มีรายงานการประชุม MCH board 2. มีการประชุมสืบสวนการตาย มารดาระดับเขต 3. มีแผนติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/ นิเทศงาน/แผนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจน 4. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 4. ร้อยละ 60 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ส่งฝากห้องทันที และแนะนำกินยาเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิก เริ่มที่ไตรมาสแรก 5. สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนท้องถิ่น อสม. และภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการ - ค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตามและดูแล หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดโดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่น ได้รับ อาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หิว นอนไม่หลับ ติดตามหลักโภชนาการ ติดตามการกินยาเม็ดเสริม ไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์	12 สัปดาห์ 5. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 4. ระบบบริการที่มีคุณภาพ			
อัตราส่วน การตาย มารดาไม่เกิน 20 ต่อแสน การเกิดมีชีพ	1. สนับสนุนให้ หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการ ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ประชาชากร กลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้าถึงและ ได้รับบริการอย่าง เท่าเทียม 2. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร 3. พัฒนาระบบส่ง ต่อหญิงตั้งครรภ์ ในภาวะฉุกเฉิน	1. หน่วยบริการทุกระดับใช้แนวทางการดูแล สตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทยและการคลอด คุณภาพ 2. การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 3. การคัดกรองความเสี่ยงในห้องคลอด 4. การฝึกปฏิบัติเช่นการช่วยฟื้นคืนชีพ การทำ คลอดติดไหล่ ทำคลอดท่าก้น เป็นต้น 5. ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแล ตามตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่าง ถูกต้องและทันเวลาโดยการพัฒนากระบวนการ สื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา 6. มีมาตรการและกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการ เกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer 7. มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดา จากอาการตกเลือดและความดันโลหิตสูง	1. ร้อยละห้องคลอดคุณภาพ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตาม เกณฑ์ 3. ร้อยละ 30 ของการตายมารดา จากสาเหตุการตกเลือดลดลงจาก ปี 2560 4. ร้อยละ 30 ของการตาย มารดาจากสาเหตุความดันโลหิต สูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี 2560 5. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง น้อยกว่าร้อยละ 16 6. ร้อยละของจังหวัดที่ใช้ โปรแกรมสื่อสารสองทาง (Rapid Pro)

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1.ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดา ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข</p> <p>2.มีมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง -มีStanding Orderในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ <p>3.มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการและมาตรการในการป้องกันการตายมารดาสู่ผู้ปฏิบัติ</p> <p>4.มีระบบเฝ้าระวังการตายมารดาทุกจังหวัด และรายงานจำนวนมารดาตายรายเดือนแก่กรมอนามัย</p> <p>5.สนับสนุนให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>1. มีแผนการประชาสัมพันธ์ท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้นเรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มียังค์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน</p> <p>3. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>4.ประชุมคณะกรรมการ MCH board อย่างน้อย 3 เดือนครั้งละมีรายงานการประชุม</p> <p>5.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการงานอนามัยแม่และเด็กและให้หน่วยบริการประเมินตนเองและส่งผลการประเมินมายังกรมอนามัยเพื่อรับการสุ่มประเมิน</p>	<p>1.มีการประชุมสืบสวนการตายมารดาในระดับเขต</p> <p>2.การประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้นเรื่องฝากท้องเร็ว และการสื่อสารความรู้ผ่านสื่อต่างๆ</p> <p>3.การกำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลัง /นิเทศงาน/ การประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และมีรายงานผลการเยี่ยมเสริมพลังและส่งคืนข้อมูล</p> <p>4.หน่วยบริการสนับสนุนการใช้โปรแกรมสื่อสารของหญิงตั้งครรภ์ (Rapid Pro)</p>	<p>1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต</p> <p>2. ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี 2560</p> <p>3. ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี 2560</p> <p>4. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน</p> <p>5. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p> <p>6. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ</p> <p>7. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 16</p> <p>8. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์</p> <p>9. ร้อยละ 70 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>10. ร้อยละจังหวัดที่ใช้โปรแกรม RapidPro</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.พิมลพรรณ ต่าง วิวัฒน์	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่ม อนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 0 2590 4435 Mobile 08 1292 3849 E-mail: pimolphantang@gmail.com	
นางนงลักษณ์ รุ่ง ทรัพย์สิน	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญ การพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 0 2590 4425 Mobile 08 4681 9667 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: noi_55@hotmail.com	
นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 0 2590 4438 Mobile 08 6546 5561 โทรสาร 0 2590 4427 E-mail: loogjun.ph@hotmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

สถานการณ์

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ในเวลา 18 ปีที่ผ่านมามีปัญหา เมื่อพบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 30 มีพัฒนาการล่าช้า ผลการคัดกรองพัฒนาการในช่วงรณรงค์คัดกรองเด็กปฐมวัยทั่วประเทศเดือนกรกฎาคม พบว่าในปี 2560 ความครอบคลุมการคัดกรอง ร้อยละ 94.9 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.1 แต่จากข้อมูลจากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลดังตารางด้านล่าง

ภาพรวมทั่วประเทศจากผลการดำเนินงานในปี 2560

เขต	ความครอบคลุม(ร้อยละ)	สงสัยล่าช้า(ร้อยละ)	ติดตาม(ร้อยละ)
เป้าหมาย	90	20	100
รณรงค์ ปี 2560	94.9	21.5	-
สุ่มสำรวจ ปี 2560	-	24.1	-
รวมทั่วประเทศ **ข้อมูลจาก HDC ปี 2560 ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560	80.5	16.0	73.3

สถานการณ์แยกรายเขต

เขต	ความครอบคลุม(ร้อยละ)	สงสัยล่าช้า(ร้อยละ)	ติดตาม(ร้อยละ)
1	80.8	16.4	74.3
2	85.0	17.1	77.0
3	75.3	11.5	63.9
4	73.1	7.6	58.2
5	80.2	17.7	77.3
6	77.3	10.1	65.1
7	91.1	23.3	86.7
8	78.2	11.4	60.9
9	84.4	14.5	83.7
10	79.0	19.9	73.1
11	70.8	22.0	72.9
12	90.9	20.7	86.2

**ข้อมูลจาก HDC ปี 2560 ณ วันที่ 20 กันยายน 2560

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ร้อยละของความครอบคลุม : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม
2. ร้อยละของสงสัยล่าช้า : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพและเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
3. ร้อยละของการติดตาม : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน

เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. ร้อยละของความครอบคลุม			
ความครอบคลุม อย่างน้อย ร้อยละ 90	1. ใช้กลไกในพื้นที่ - คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - MCH Board ผ่าน Child Project Manager กำกับ ติดตามการดำเนินงาน และจัดบริการที่ได้มาตรฐาน เข้าถึงบริการเท่าเทียม 2. สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน 3. ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น	1. ติดตามการเข้าร่วมประชุมของ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board ในเรื่อง - การนำเสนอประเด็นพัฒนาการเด็กปฐมวัยพร้อมข้อเสนอแนะ (ในเรื่องตัวชี้วัดความครอบคลุม สงสัยล่าช้า ติดตาม) - ความถี่การเข้าร่วมประชุม - ผู้เข้าร่วมประชุม 2. มีแผนงานและผลงานการมีส่วนร่วม ภาครัฐ เอกชน ชุมชน เช่น แผนงานบูรณาการพัฒนาเด็กปฐมวัย การรณรงค์ในพื้นที่ เป็นต้น - ถ้ามี ควรเสริมพลังและเน้นการใช้เงินทุนให้ตรงกับสถานการณ์ปัญหาความครอบคลุมการคัดกรองในพื้นที่ เช่น สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์	- มีความร่วมมือของ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board อย่างเป็นรูปธรรม - ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองอย่างน้อย ร้อยละ 90 - พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการคัดกรองพัฒนาการเด็ก - ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองอย่างน้อย ร้อยละ 90

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้า			
ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	<p>1. ใช้กลไกในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - MCH Board ผ่าน Child Project Manager - สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยง และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) - เยี่ยมเสริมพลังโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ <p>2. ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการกระจายช่องทางการเข้าถึงคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ฉบับที่มี QR Code และ Clip VDO - ฉบับ Paper - ฉบับ E- Book - เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือDSPM และมีความเข้าใจมากขึ้น - ถ้ามี ควรเสริมพลังและเน้นการใช้เงินทุนให้ตรงกับสถานการณ์ปัญหาการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าในพื้นที่ เช่น จัดหาคู่มือ/อุปกรณ์ และพัฒนาศักยภาพการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือDSPM ของบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยงมีความเข้าใจและปฏิบัติงานในการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าเพิ่มขึ้น - ร้อยละของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3. ร้อยละของการกระตุ้นติดตาม			
	<p>1. ใช้กลไกในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - MCH Board ผ่าน Child Project Manager <p>กำกับ ติดตามการดำเนินงานในเรื่อง การกระตุ้นพัฒนาการและติดตามเด็กสงสัยล่าช้ากลับมาประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน</p>	<p>1. ติดตามการเข้าร่วมประชุมของคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board ในเรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การนำเสนอประเด็นพัฒนาการเด็กปฐมวัยพร้อมข้อเสนอแนะ ในเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง และติดตามเด็กสงสัยล่าช้า) - ความถี่การเข้าร่วมประชุม - ผู้เข้าร่วมประชุม . 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความร่วมมือของคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board อย่างเป็นรูปธรรม - ร้อยละของการกระตุ้นติดตาม ร้อยละ 100

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	2. สร้างการมีส่วนร่วมของ ภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน 3. ประสานแหล่งเงินทุนภายใน และภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ ในการดำเนินงานส่งเสริม พัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น	2. มีแผนงานและผลงานการ มีส่วนร่วม ภาครัฐ เอกชน ชุมชน เช่น แผนงานบูรณา การพัฒนาเด็กปฐมวัย การ รณรงค์ในพื้นที่ เป็นต้น - ถ้ามี ควรเสริมพลังและเน้น การใช้เงินทุนให้ตรงกับ สถานการณ์ปัญหาการ กระตุ้นพัฒนาการและ ติดตามเด็กสงสัยล่าช้าใน พื้นที่ เช่น การอำนวยความสะดวก ในการกลับมาประเมิน ซ้ำ	- พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการ กระตุ้นพัฒนาการและพาเด็ก กลับมาประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน - ร้อยละของการกระตุ้น ติดตาม ร้อยละ 100

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
1. เข้าร่วมประชุมของ คณะอนุกรรมการพัฒนา เด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และMCH Board ในเรื่องพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยพร้อมข้อเสนอแนะ (ในเรื่องตัวชี้วัดความ ครอบคลุม สงสัยล่าช้า ติดตาม)			
2. มีแผนการขับเคลื่อน ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไก ระดับพื้นที่ โดยการมีส่วน ร่วมของภาครัฐ เอกชน ชุมชน เช่น แผนงานบูรณา การพัฒนาเด็กปฐมวัย การ รณรงค์ในพื้นที่ เป็นต้น	2. มีการขับเคลื่อนตามแผนฯ และกำกับติดตามให้ได้ตาม เป้าหมาย 6 เดือน *	2. กำกับติดตามการ ดำเนินงานตามแผนฯให้ได้ เป้าหมาย 9 เดือน * และ ส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่	2. สรุปผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการ พัฒนางานต่อไป

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>3. งบประมาณจากทุกแหล่ง ทุน ควรเน้นการใช้เงินทุน ให้ตรงกับสถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ทั้งเรื่องความ ครอบคลุมการคัดกรอง ค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าและ กระตุ้นติดตาม เช่น สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ จัดหาคู่มือ/อุปกรณ์ พัฒนา ศักยภาพการคัดกรอง พัฒนาการใช้คู่มือ DSPM ของบุคลากร และ การอำนวยความสะดวกใน การกลับมาประเมินซ้ำ</p>	<p>3. ประเมินผลการดำเนินงาน ตามงบประมาณ</p>	<p>3. กำกับติดตามการ ดำเนินงานตามแผนฯให้ได้ เป้าหมาย 9 เดือน</p>	<p>3. ดำเนินงานครบถ้วน ตามเป้าหมายที่กำหนดใน แผน</p>
<p>4. มีแผนการกระจายคู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับที่มี QR Code และ Clip VDO - ฉบับ Paper - ฉบับ E- Book และแบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. มีการกระจายคู่มือฯและ แบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. ตรวจสอบ กำกับ ติดตามการกระจายคู่มือฯ และแบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. สรุปผลการสำรวจการ ใช้และความต้องการ DSPM ร่วมกับจัดทำแผน ขอสนับสนุนการกระจาย คู่มือฯปีต่อไป</p>
<p>5. มีแผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการใช้คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจและ ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้คู่มือDSPM มากขึ้น</p>	<p>5. ชับเคลื่อนแผนพัฒนา ศักยภาพบุคลากรฯ</p>	<p>5. กำกับติดตามขับเคลื่อน แผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรฯ</p>	<p>5. บุคลากรได้รับการ พัฒนาศักยภาพการใช้ คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจ และส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือDSPM มากขึ้นและสรุปผลการ ดำเนินงาน เพื่อพัฒนา จัดทำแผนในปีถัดไป</p>

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>6. สื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในเรื่อง พัฒนาการสมวัย ผ่านช่องทาง Website, Social media เพื่อให้บุคลากรและพ่อแม่ผู้ปกครอง เกิดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และนำไปปฏิบัติได้</p> <p>7. ชี้แจงทำความเข้าใจให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กรับทราบ ” มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2560”</p>	<p>6. เพิ่มช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในเรื่อง พัฒนาการสมวัย ฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่</p> <p>7. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้จัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2560</p> <p>8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 6 เดือน *</p>	<p>6. ประเมินผลเพื่อพัฒนาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ฯ</p> <p>7. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้ประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2560</p> <p>8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 9 เดือน *</p>	<p>6. บุคลากรและพ่อแม่ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและสามารถปฏิบัติในเรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>7. ศูนย์เด็กเล็กจัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2560 และมีการประเมินตนเองอย่างน้อยร้อยละ70</p> <p>8. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90</p> <p>9. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ20</p> <p>10. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นและติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 100</p>

ตารางเป้าหมายการดำเนินงาน ความครอบคลุม สงสัยล่าช้า และติดตาม รอบ 6 เดือนและ 9 เดือน

เขต	เป้าหมาย 6 เดือน			เป้าหมาย 9 เดือน		
	ความครอบคลุม	สงสัยล่าช้า	ติดตาม	ความครอบคลุม	สงสัยล่าช้า	ติดตาม
1	83.6	17.5	82.0	86.3	18.6	92.8
2	86.5	18.0	83.9	88.0	18.8	93.6
3	79.7	14.1	74.7	84.1	16.6	89.9
4	78.2	11.3	70.8	83.2	15.0	88.3
5	83.2	18.4	84.1	86.1	19.1	93.6
6	81.1	13.1	75.6	84.9	16.0	90.2
7	91.1	23.3	90.7	91.1	23.3	96.3
8	81.7	13.9	72.6	85.3	16.5	89.0
9	86.1	16.1	88.6	87.8	17.8	95.4
10	82.3	19.9	81.2	85.6	20.0	92.5
11	76.5	22.0	81.0	82.3	22.0	92.4
12	90.9	20.7	90.3	90.9	20.7	96.1

หมายเหตุ จากตารางเป้าหมายความครอบคลุม สงสัยล่าช้า และติดตาม

* รอบ 6 เดือนดีขึ้น ร้อยละ 30 จากผลงานปี 2560 สู่ 2561

* รอบ 9 เดือนดีขึ้น ร้อยละ 60 จากผลงานปี 2560 สู่ 2561

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย โดยสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติและสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

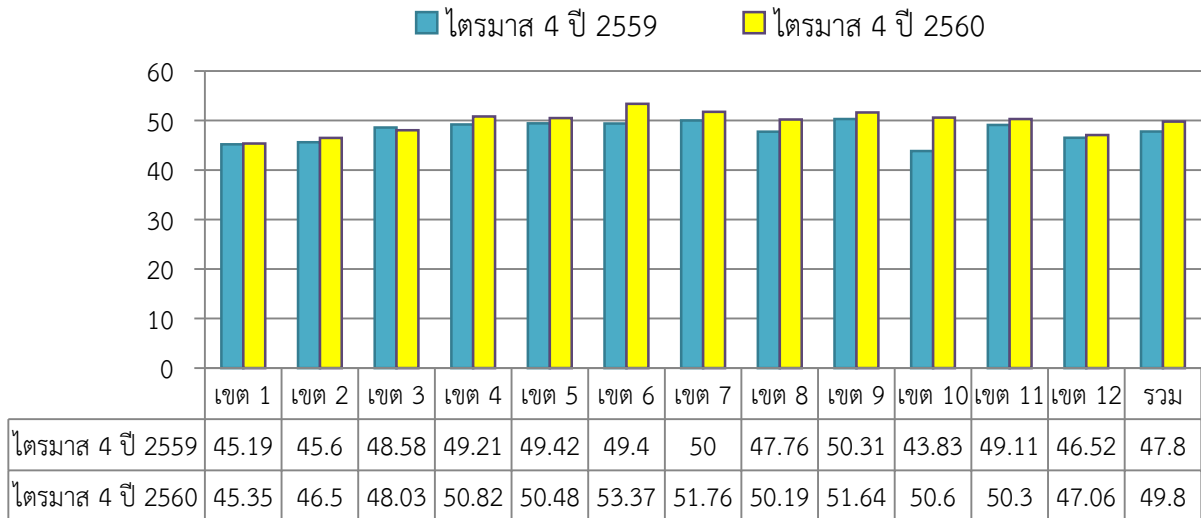
ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
ดร.พญ.สายพิน โชติวิเชียร	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ	Tel. 02-5904405 e-mail : saipin.chotivichien@gmail.com	
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	ตำแหน่ง. ผู้อำนวยการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 02-5904121 mail :ekachapien@hotmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

สถานการณ์

จากรายงาน HDC ไตรมาส 4 ปี 2560 เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 49.8 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายปี 2561 (ร้อยละ 51) โดยเขตสุขภาพที่มีค่าร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เกินค่าเป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 6, 7, 9 สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 110 เซนติเมตร หญิง 109.4 เซนติเมตร ซึ่งเป้าหมายในปี 2564 คือ ชาย 113 เซนติเมตร หญิง 112 เซนติเมตร



ที่มา: รายงาน HDC ณ วันที่ 9 พย.60

ปัจจัยที่ทำให้เด็กอายุ 0-5 ปี ไม่สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยต่ำกว่าเป้าหมายนั้น มีสาเหตุโดยตรงมาจาก

1. การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติหลัก และโพลีในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ครอบคลุมทุกคน จากรายงานข้อมูลในระบบรายงานกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี พ.ศ.2560 พบความครอบคลุมร้อยละ 79.5 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 16.99
2. การบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 พบหญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารกลุ่มข้าวแป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และนม ไม่เพียงพอ น้ำหนักหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม รายงานข้อมูลในระบบรายงานกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี พ.ศ.2559 ร้อยละ 8.6
3. การบริโภคอาหารของเด็กไม่เหมาะสม จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 3, 4, 5 ในปี พ.ศ. 2549, 2555 และ 2559 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนแรก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 23.1 ในปีพ.ศ. 2559 แต่ยังมีอัตราต่ำมาก ส่วนการให้อาหารที่อายุ 6-23 เดือน ได้รับอาหารไม่เพียงพอถึงร้อยละ 49.6 สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-52 พบเด็กอายุ 1-5 ปี มีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ไม่กินอาหารเช้า กินอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3 มื้อ ไม่กินผัก ผลไม้ นม ทุกวัน แต่ละวันกินไม่เพียงพอ กินอาหารไม่มีประโยชน์ทุกวัน เช่น ต้มน้ำอืดลม น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เป็นต้น

นอกจากอาหารและโภชนาการไม่เหมาะสม ยังมีสาเหตุจากการมีกิจกรรมทางกายน้อย พฤติกรรมเนือยนิ่งจากการดูโทรทัศน์ โดยพบการใช้เวลาดูโทรทัศน์สูงถึง 8 ชั่วโมงในวันธรรมดา และ 12 ชั่วโมงในวันหยุด ส่งผลต่อระยะเวลาการนอนไม่เพียงพอ (การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52) ทำให้การหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (growth hormone) น้อย ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต คือ การศึกษาของแม่ โดยพบว่า แม่ที่ไม่มีการศึกษาจะมีเด็กเตี้ย ผอม อ้วน มากกว่าแม่ที่มีการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบว่า เด็กเตี้ยพบมากในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมาก ยากจน และร่ำรวยมาก เด็กผอมพบมากในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมาก ยากจน และปานกลาง ส่วนเด็กอ้วนพบมากในครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง ร่ำรวย และร่ำรวยมาก (MICS5 ปี 2559)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนงาน
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
3. การสื่อสารสาธารณะ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. ระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	1.1 ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนงานผ่านพชอ. 1.2 นโยบายการขับเคลื่อนงาน 1.3 แผนการขับเคลื่อนงาน 1.4 การขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 1.5 ผลการขับเคลื่อนและข้อเสนอแนะ	1. จังหวัดมีระบบและกลไกในการขับเคลื่อนงานผ่าน พชอ. 2. จังหวัดมีนโยบายการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 3. บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรีและเด็กได้รับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการรองรับนโยบาย 4. อำเภอมีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 5. ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ร้อยละของ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดมีส่วนร่วม ร้อยละ 54	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ		
	การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุก ระดับเพื่อขับเคลื่อนงาน มหัศจรรย์ 1,000 วัน และ ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	1. แผนการพัฒนาศักยภาพ ให้มี ความรู้และทักษะในการ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0- 5 ปี สูงที่สุดมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2. การพัฒนาศักยภาพ 3. ผลการพัฒนาศักยภาพ และ ข้อเสนอแนะ	1. จำนวนและร้อยละของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการ พัฒนาศักยภาพจนมีความรู้และ ทักษะในการขับเคลื่อนงาน มหัศจรรย์ 1,000 วัน และตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุด มีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3. การสื่อสารสาธารณะ		
	การสื่อสารสาธารณะ มหัศจรรย์ 1,000 วัน และ ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	3.1 แผนการสื่อสารสาธารณะ 3.2 การสื่อสารสาธารณะ 3.3 ผลการสื่อสารสาธารณะและ ข้อเสนอแนะ	1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับองค์ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่อง มหัศจรรย์ 1,000 วัน และตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุด มีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/จังหวัด			
<p>1. ถ่ายทอดนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและ ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ให้แก่พื้นที่ทุกระดับ</p> <p>2. ขับเคลื่อนงานผ่านคกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p>3. จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับนโยบาย</p>	<p>1. ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรี และเด็กได้รับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิด ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</p>	<p>1. ร้อยละ 80 ของจังหวัดมี นโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรี และเด็กได้รับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิด ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</p>	<p>1. ร้อยละ 100 ของ จังหวัดมีนโยบาย มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรี และเด็กได้รับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิด ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</p>
อำเภอ /ตำบล/ระบบบริการ			
<p>1. ถ่ายทอดนโยบาย มหัศจรรย์ 1,000 วันแรก ของชีวิตและตำบลส่งเสริม เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ให้แก่พื้นที่ทุกระดับ</p> <p>2. ขับเคลื่อนงานผ่านและ คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p>3. จัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับนโยบาย</p>	<p>1. ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 10 ของอำเภอ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันและตำบลส่งเสริม เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านคกก.พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>1. ร้อยละ 40 ของจังหวัดมี ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 20 ของอำเภอ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันและตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>1. ร้อยละ 50 ของจังหวัดมี ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 30 ของอำเภอ ขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันและตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้รับผิดชอบ

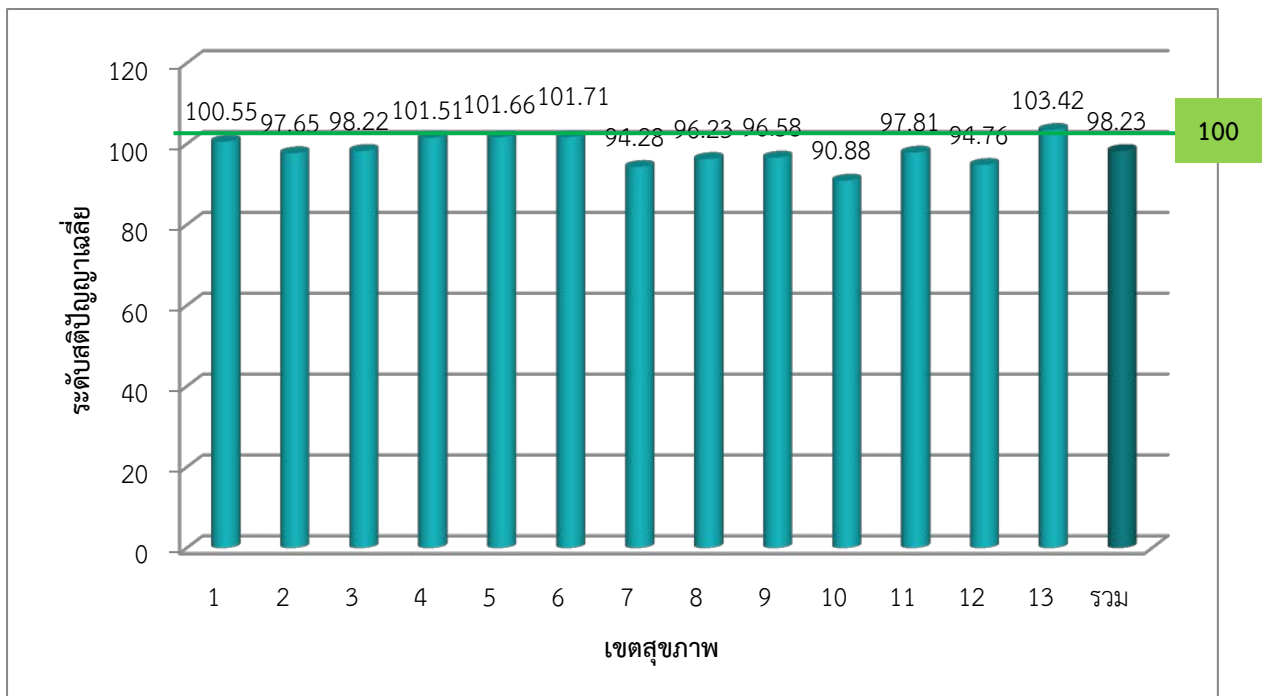
ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางณัฐวรรณ เซวาน์ลิลิตกุล	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่ม ส่งเสริมโภชนาการสตรี และเด็กปฐมวัย สำนักโภชนาการ	Tel. 02 590 4327 Mobile 095 384 5974 e-mail : nutwan65@gmail.com	กำกับ ติดตาม และ ให้ข้อมูลวิชาการ
นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel02-5904327 Mobile 081 438 8573. e-mail: supot.r@anamai.mail.go.th	รวบรวม ตรวจสอบ และนำเสนอผล การ ดำเนินงาน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ที่ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

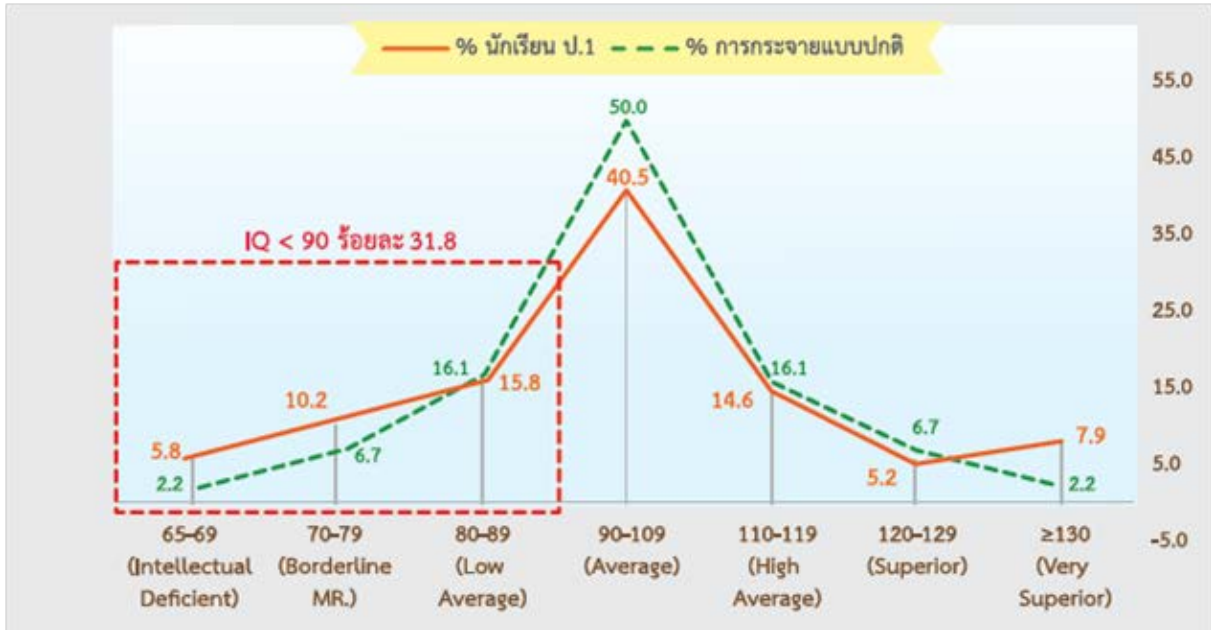
สถานการณ์

กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการสำรวจ IQ ในเด็กไทยที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ โดยใช้เครื่องมือ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version: update 2003) ซึ่งเป็นแบบทดสอบทางสติปัญญาที่เป็นมาตรฐาน ใช้วัดระดับสติปัญญาในส่วนของความสามารถทั่วไป (General intelligence หรือ g - factor) ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานของแต่ละบุคคลติดตัวมา ไม่ค่อยสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการสำรวจสติปัญญาในระดับชาติในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงการสำรวจของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 มีเด็กได้รับการสำรวจ IQ ทั้งหมด 23,641 ราย พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) ดังภาพที่ 1



ที่มา : การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของประเทศ ยังมีเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) อยู่ถึงร้อยละ 31.81 (ไม่ควรเกินร้อยละ 25) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ บกพร่อง (IQ < 70) อยู่ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 2 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ ≥ 130) สูงถึงร้อยละ 7.9 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2559

ที่มา : การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า
2. เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า			
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	พัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์แก่บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา	หลักสูตร/องค์ความรู้ในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์	บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา มีความรู้และทักษะในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง			
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	- สื่อสารนโยบาย ความสำคัญ แนวทางการดำเนินงาน การพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ - สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยี	- ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า - รายงานผลการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์	เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 15	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 30	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 45	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 60

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์	ผู้อำนวยการสถาบัน ราชานุกูล	Tel. 0-2248-8900 ต่อ 70902, 70305 Mobile 08-1860-5945 e-mail : ampornbenja@yahoo.com.	เด็กที่มีความฉลาด ทางสติปัญญา ต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับ การพัฒนาและ ดูแลช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง
พญ.จันทร์อาภา สุขทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล	Tel. 0-2248-8900 ต่อ70390 Mobile 08-6788-9981 e-mail : janarpar@gmail.com	เพื่อนำไปสู่ เด็กไทยมีระดับ สติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100

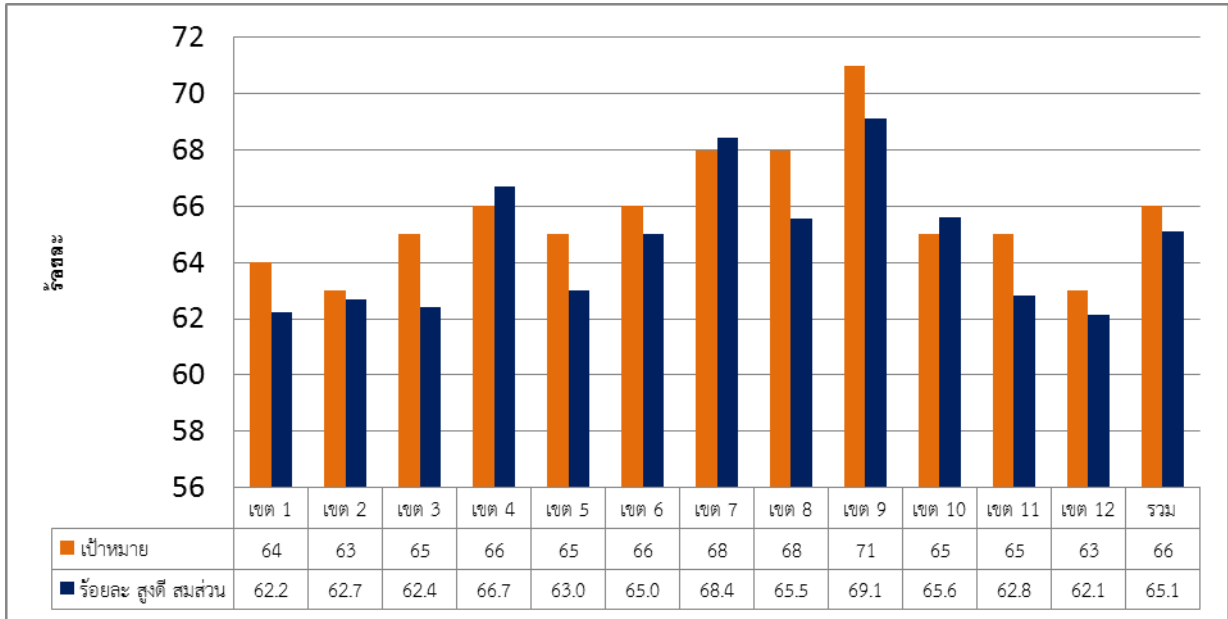
หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

สถานการณ์

จากข้อมูลสถานการณ์เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผลดำเนินงานรายเขตสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีเพียง 3 เขตสุขภาพเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ 4,7 และ 10 ส่งผลให้ภาพรวมของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 66 แต่ผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 65.1 เท่านั้น (รายละเอียดดังภาพ)

ภาพแสดงร้อยละเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2560 จำแนกรายเขต



ที่มา : ระบบรายงาน HDC ณ วันที่ 1 ส.ค. 60

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

- ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ
- การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			
เขตสุขภาพและจังหวัด มีการถ่ายทอนโยบาย และแนวทางให้แก่พื้นที่	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ ขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ (นม ไข่ ผัก) กิจกรรมทางกาย การแปรงฟันคุณภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งมีการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม 	<ol style="list-style-type: none"> มีทีมงานรับผิดชอบ โครงการระดับจังหวัด (PM เด็กวัยเรียน) มีการจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน และแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการ และกิจกรรมทางกายเด็กวัย 	<ol style="list-style-type: none"> จังหวัดมี PM เด็กวัยเรียนและคณะทำงาน รับผิดชอบโครงการ แผนงานหรือโครงการ รายงานผลการติดตามกำกับในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุก

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	3. สร้างการมีส่วนร่วมภาคี เครือข่าย ส่วนกลาง-เขต- จว.-รร.-สถานบริการ สาธารณสุข จัดทำแนวทาง การส่งเสริมโภชนาการ และ กิจกรรมทางกาย เด็กวัย เรียนสูงดีสมส่วน	เรียนสูงดีสมส่วน	ภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง กับเด็กวัยเรียน
เขตสุขภาพและจังหวัด มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในพื้นที่	พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง และเครือข่าย และขับเคลื่อน งานในพื้นที่	1. มีโครงการพัฒนา ศักยภาพและสรุปผล รายงาน 2. มีรายงานการดำเนิน กิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	1. โครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง 2. รายงานการ ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมเด็ก วัยเรียน สูงดีสมส่วน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC			
เขตสุขภาพและจังหวัด มีการติดตามคุณภาพ รายงานผ่านระบบ HDC	1.การรายงานผลการ ดำเนินงานผ่านระบบ HDC 2. การกำกับ ติดตามการ ดำเนินงานในพื้นที่	1.รายงานสถานการณ์ภาวะ โภชนาการ ผ่านระบบ HDC 2.มีรายงานการแก้ไขปัญหา ภาวะทุพโภชนาการเด็กวัย เรียน (อ้วน ผอม เตี้ย) รวมทั้งการ คัดกรอง ส่งต่อ เด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถาน บริการสาธารณสุข 3. มีรายงานโรงเรียน ต้นแบบด้านการส่งเสริม สุขภาพ	1. สรุปผลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการของ นักเรียนที่มีความ ครอบคลุมและมี คุณภาพ 2.รายงานการแก้ไข ปัญหาภาวะ ทุพโภชนาการเด็ก วัยเรียน (อ้วน ผอม เตี้ย) รวมทั้งการ คัดกรอง ส่งต่อ เด็ก กลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถาน บริการสาธารณสุข 3.รายงานโรงเรียน ต้นแบบด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ
เขตสุขภาพและจังหวัด มีการสื่อสารสาธารณะ เผยแพร่และ ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่	สนับสนุนให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องด้านการสื่อสารองค์ ความรู้และนวัตกรรมส่งเสริม การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัย เรียนสูงดีสมส่วนในพื้นที่แบบ องค์รวม ผ่านสื่อ ทุกรูปแบบ	วิธีการ และรูปแบบการ สื่อสารเผยแพร่และ ประชาสัมพันธ์	ข้อมูลเชิงประจักษ์ ของวิธีการและ รูปแบบการสื่อสาร สาธารณะ

Small Success

กลไก	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่วนกลาง	<p>1.แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน ที่ส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน</p> <p>2.มีการถ่ายทอดนโยบายและกิจกรรมสำคัญเพื่อส่งเสริม เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน ให้กับหน่วยงานระดับเขต</p> <p>3.ผลิตและพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ นวัตกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน</p> <p>4. ควบคุม กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานระดับเขต</p> <p>5. รวบรวม และสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ภาพรวมระดับประเทศ</p>	<p>1.ดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดี สมส่วน</p> <p>2. ควบคุม กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานระดับเขต</p> <p>3.รวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์ภาวะโภชนาการและสรุปผล การดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p>	<p>1.ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p> <p>2.สัมมนาวิชาการ สร้างมูลค่าพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนสู่ผลงานเชิงนวัตกรรม ระดับประเทศ</p> <p>เครือข่าย Smart Child 4.0</p> <p>3. ควบคุม กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานระดับเขต</p> <p>4.รวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์และสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p>	<p>1.นิเทศ ติดตามเสริมพลัง การดำเนินงาน ในพื้นที่</p> <p>2.รวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์ภาวะโภชนาการและสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ภาพรวมระดับประเทศ</p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p>
เขตสุขภาพ/ศอ.	<p>1.แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p> <p>2.มีการถ่ายทอดนโยบายและกิจกรรมสำคัญเพื่อส่งเสริม เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน</p>	<p>1.จัดกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p> <p>2.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ</p>	<p>1.จัดกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</p> <p>2.เข้าร่วมสัมมนา วิชาการสร้างมูลค่าพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนสู่ผลงานเชิง</p>	<p>1.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะโภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน รายไตรมาส</p>

กลไก	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	<p>ให้กับหน่วยงานระดับพื้นที่</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน</p> <p>4. ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ โภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน รายไตรมาส</p> <p>5. รวบรวม วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานระดับเขต ส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>	<p>โภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็ก วัยเรียนสูงที่สุดส่วน รายไตรมาส</p> <p>3. รวบรวม วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานระดับเขต ส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>	<p>นวัตกรรมระดับประเทศ</p> <p>เครือข่าย Smart Child 4.0</p> <p>3.นิเทศ ติดตาม เสริมพลัง การดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ โภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน รายไตรมาส</p> <p>5.รวบรวม วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานระดับเขต ส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>	<p>2.รวบรวม วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานระดับเขต ส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p>
จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/ระบบบริการ	<p>1.ดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน สูงที่สุดส่วน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุด ส่วน</p> <p>2.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล</p>	<p>1.ดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมให้เด็ก วัยเรียนสูงที่สุดส่วน</p> <p>2.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ โภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็ก วัยเรียน สูงที่สุดส่วน</p> <p>3.รวบรวมสรุปผล</p>	<p>1.ดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน</p> <p>2.นิเทศ ติดตาม เสริมพลัง การดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>3.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ</p>	<p>1.ดำเนินงานตามนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน สูงที่สุดส่วน</p> <p>2.ติดตาม ควบคุม กำกับ ให้พื้นที่ รายงานข้อมูล สถานการณ์ภาวะ โภชนาการและผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน</p>

กลไก	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	สถานการณ์ภาวะ โภชนาการและ ผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน 3.รวบรวมสรุปผล การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ/ศูนย์ อนามัย ทุกไตรมาส	การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ/ศูนย์ อนามัย ทุกไตรมาส	โภชนาการและ ผลการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน 4.รวบรวมสรุปผล การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ/ศูนย์ อนามัย ทุกไตรมาส	3.รายงานผลการ ดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักโภชนาการ
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1.นางพรเลขา บรรหาร ศุภวาท	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ	โทร. 0 2590 4329 โทรมือถือ 081 870 0012 connectjaew@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
2.น.ส.พรวิภา ดาวดวง	นักโภชนาการชำนาญการ พิเศษ สำนักโภชนาการ	โทร. 0 2590 4334 โทรมือถือ 083 964 4060 Pornwipa.dd@anamai.mail.g o.th	ประเด็นที่ 1 และ 2
3.น.ส.ใจรัก ลอย สงเคราะห์	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	โทร. 0 2590 4334 โทรมือถือ 081 534 6007 Jairak.l@anamai.mail.go.th	ประเด็นที่ 1 และ 2

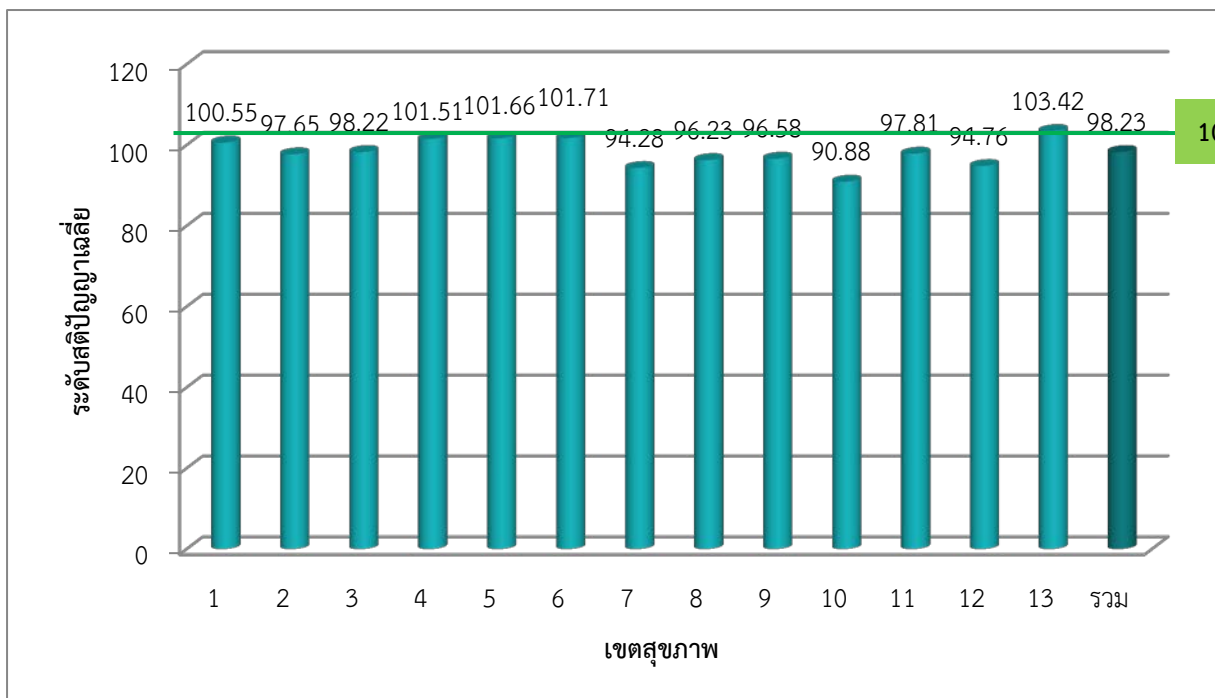
หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป

หมายเหตุ : ใช้แนวทางการตรวจราชการเหมือนตัวชี้วัดที่ 5 (IQ)

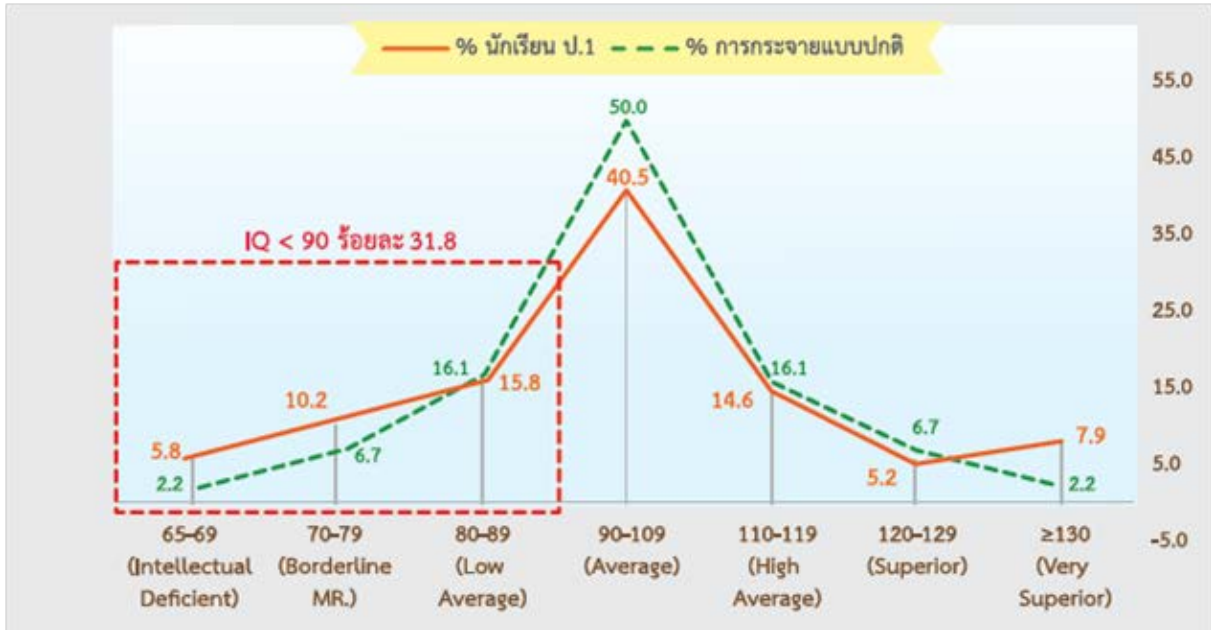
สถานการณ์

กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการสำรวจ IQ ในเด็กไทยที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ โดยใช้เครื่องมือ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version: update 2003) ซึ่งเป็นแบบทดสอบทางสติปัญญาที่เป็นมาตรฐาน ใช้วัดระดับสติปัญญาในส่วนของความสามารถทั่วไป (General intelligence หรือ g - factor) ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานของแต่ละบุคคลติดตัวมา ไม่ค่อยสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการสำรวจสติปัญญาในระดับชาติในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงการสำรวจของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 มีเด็กได้รับการสำรวจ IQ ทั้งหมด 23,641 ราย พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) ดังภาพที่ 1



ที่มา : การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของประเทศ ยังมีเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) อยู่ถึงร้อยละ 31.81 (ไม่ควรเกินร้อยละ 25) และยังมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ บกพร่อง (IQ < 70) อยู่ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 2 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ \geq 130) สูงถึงร้อยละ 7.9 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2559

ที่มา : การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า
2. เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า			
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	พัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์แก่บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา	หลักสูตร/องค์ความรู้ในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์	บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษามีความรู้และทักษะในการพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง			
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	- สื่อสารนโยบาย ความสำคัญ แนวทางการดำเนินงาน การพัฒนาและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ - สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยี	- ระบบการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง/ พัฒนาการล่าช้า - รายงานผลการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์	เด็กที่มีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 15	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 30	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 45	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับ การติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 60

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์	ผู้อำนวยการสถาบัน ราชานุกูล	Tel. 0-2248-8900 ต่อ 70902, 70305 Mobile 08-1860-5945 e-mail : ampornbenja@yahoo.com.	เด็กที่มีความฉลาด ทางสติปัญญา ต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับ การพัฒนาและ ดูแลช่วยเหลือ
พญ.จันทร์อาภา สุขทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล	Tel. 0-2248-8900 ต่อ70390 Mobile 08-6788-9981 e-mail : janarpar@gmail.com	อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ เด็กไทยมีระดับ สติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

สถานการณ์สุขภาพช่องปาก ปี 2560

จากข้อมูลรายงาน HDC พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 71.7 โดยมีเขตสุขภาพที่ 12, 2 และ 11 น้อยที่สุดตามลำดับ ส่วนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 61.1 เด็ก 12 ปีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 71.9 โดยมีเขตสุขภาพที่ 12, 11 และ 5 น้อยที่สุดตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 11 และ 12 มีปัญหาโรค ฟันผุสูงทั้งในเด็กอายุ 3 ปี และ 12 ปี แม้ว่าร้อยละเด็กอายุ 3ปีปราศจากฟันผุและร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดี ไม่มีผุสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 52 ตามลำดับ ปี แต่มีข้อสังเกตว่าข้อมูลที่ได้ จากรายงาน HDC ได้จากการความครอบคลุมตรวจฟันเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี และ 12 ปี ร้อยละ 58 และ 41 ตามลำดับ ซึ่งควรมีการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจระดับจังหวัดและระดับ ประเทศ ซึ่งอยู่ระหว่างการประมวลผลต่อไป

ส่วนผลงานให้บริการสุขภาพช่องปากเด็กกลุ่ม 6-12 ปีในปี 2560 ได้ร้อยละ 56.6 ซึ่งต่ำกว่า เป้าหมาย ปี 2560 ที่กำหนดร้อยละ 60 แต่ที่สูงกว่าผลงานปี 2559 คือ ร้อยละ 46.9 เขตสุขภาพที่ 10 และ เขตสุขภาพที่ 7 ให้บริการสูงที่สุด คือ 69.9 และ 68.3 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 12, 4 และ 5 ให้บริการ น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 46.9, 47.5 และ 47.1 ตามลำดับ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ
2. การควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี
3. ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1.การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ			
ร้อยละ 51 ของเด็กกลุ่ม อายุ 12ปี ปราศจากฟันผุ (caries free)หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1	1.เพิ่มความครอบคลุมและ เพิ่มคุณภาพงานส่งเสริม ป้องกันสุขภาพช่องปาก 2.สร้างการมีส่วนร่วมกับ สพป./ภาคีเครือข่าย ในการ พัฒนาโมเดลโรงเรียนต้นแบบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	1.รายงานจากระบบ Health Data Central กระทรวง สาธารณสุข 2.ร่วมประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้กับจังหวัด/ภาคี เครือข่าย 3. 2.เยี่ยมเสริมพลังโรงเรียน กลุ่มเป้าหมาย	1.ร้อยละ 60 ของผู้ ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟัน โดยลงมือปฏิบัติ 2.ร้อยละ 30 ของเด็ก อายุ 6 ปีได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟัน 3.Sealant retentionร้อยละ 80 4.โรงเรียนต้นแบบ ด้านการส่งเสริม สุขภาพจังหวัดละ 1 แห่ง
2.การควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี			
ร้อยละ 54 ของเด็กกลุ่ม อายุ 0-12ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรร มเพื่อลดการสูญเสียฟันใน กลุ่มอายุ 6-12ปี	รายงานจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข	1.ร้อยละ 60 ของ เด็กอายุ6-12ปีได้รับ บริการทันตกรรม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
3.ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทัศนสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน			
	1.กำกับติดตามการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ร่วมกับ สพป.	รายงานทส.02	1.ร้อยละ 75 ของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน 5%
	2.สื่อสาร สร้างความเข้าใจแก่อปท.ในมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	1.ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้รับผิดชอบศพด. 2.เยี่ยมเสริมพลังศพด.กลุ่มเป้าหมาย	2.ศพด.ต้นแบบจังหวัดละ 1 แห่ง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่วนกลาง			
<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - ถ่ายทอดนโยบายและร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทัศนสุขภาพแก่ศูนย์อนามัยและจังหวัด - ประเมินผลโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดีร่วมกับ สพฐ. - ปรับปรุงระบบการประมวลผลข้อมูล HDC และการรายงานร่วมกับกองบริหารการสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ถอดบทเรียนการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนักเรียน - ขับเคลื่อนสร้างการรับรู้/สนับสนุนมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดสัมมนาวิชาการสร้างมูลค่าการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนสู่ผลงานเชิงนวัตกรรมระดับประเทศ - “เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีสุขภาพดีฉลาดแข็งแรง” - พัฒนาศักยภาพสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) ในการกำกับติดตามการพัฒนาสุขภาพนักเรียน - ประเมินโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดีร่วมกับ สพฐ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลการดำเนินงานจากข้อมูล HDC และการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด - รายงานผลงาน - คืบข้อมูลภาคีเครือข่ายและวางแผนพัฒนาร่วมกัน

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		- ขับเคลื่อนสร้างการ รับรู้/สนับสนุน มาตรฐานสถาน- พัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ	
ศูนย์อนามัย			
- ประชุมถ่ายทอดนโยบาย เพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กวัย เรียนจังหวัดและภาค เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการ พัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียน - ร่วมกับ สพป./สสจ. ใน การพัฒนาโมเดลโรงเรียน ต้นแบบด้านการส่งเสริม สุขภาพ	- จัดสัมมนาวิชาการสร้าง มูลค่าการพัฒนาสุขภาพเด็ก วัยเรียนสู่ผลงานเชิง นวัตกรรมระดับภาค - สนับสนุนหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการพัฒนาเด็ก วัยเรียนให้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ/ทักษะสุขภาพ - เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม	- สนับสนุนหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการ พัฒนาเด็กวัยเรียนให้ มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ/ทักษะ สุขภาพ - เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตาม	- รายงานผลงาน - คืบข้อมูลภาคี เครือข่ายและ วางแผนพัฒนา ร่วมกัน
จังหวัด / อำเภอ			
- นำเสนอข้อมูลแก่ พขอ. เพื่อสร้างการรับรู้และ ตระหนักในการพัฒนา สุขภาพช่องปากเด็ก - ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญ ได้แก่มหัศจรรย์ 1000 วัน แรกของชีวิต - ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) กำกับติดตามและ ขยายความครอบคลุมการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพในโรงเรียน รวมทั้ง พัฒนาโมเดลโรงเรียน ต้นแบบด้านการส่งเสริม สุขภาพ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพช่อง	- นิเทศ สนับสนุนการดำเนิน งานใน รพ.สต - สุ่มประเมินการยึดติดของสาร เคลือบหลุมร่องฟัน - ประเมินผลงานรอบ 6 เดือน และปรับปรุงการทำงาน - พขอ. ร่วมกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการ นำมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติมาใช้ ในพื้นที่	- ประสานความร่วมมือ และคืบข้อมูลสุขภาพ ช่องปากนักเรียนแก่ สพป. และโรงเรียน - สำรองสุขภาพช่อง ปากเด็กวัยเรียนและ ปัจจัยเสี่ยงระดับ อำเภอและจังหวัด	- รายงานผ่านระบบ รายงาน/การนิเทศ - ประเมินผลการ ดำเนินงานปี 2561

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>ปากเด็ก</p> <p>- จัดระบบในการบริการ</p> <p>ทันตกรรมเด็กใน WCC</p> <p>ศพด. และโรงเรียน</p>			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
ทพญ.กรกมล นิยม ศิลป์	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ พิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. Tel. 0-2590-4208 Mobile : 08-1921-7570 e-mail : : 08-1921-7570 kornkamol.n@anamai.mail.go.th	
ทพญ.กัญญา บุญ ธรรม	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. 0-2590-4208 Mobile : 08-1802-8978 e-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th	

ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

สถานการณ์

● การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 พบว่า มีหญิงคลอดบุตรจำนวนทั้งสิ้น 666,207 ราย เป็นการคลอดจากแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 94,584 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของการคลอดทั้งหมด

- เป็นแม่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี จำนวน 2,746 ราย
- เป็นแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 91,838 ราย

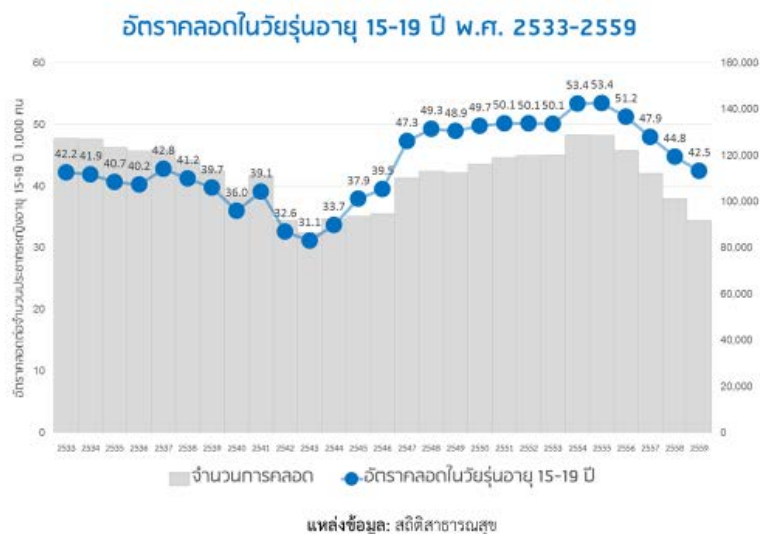
เท่ากับว่าในแต่ละวันมีแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรจำนวน 259 ราย โดย

- แม่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปีคลอดบุตร 8 รายต่อวัน
- แม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปีคลอดบุตร 252 รายต่อวัน

จากสถิติการคลอดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่น สูงสุดในพ.ศ. 2554-2555 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

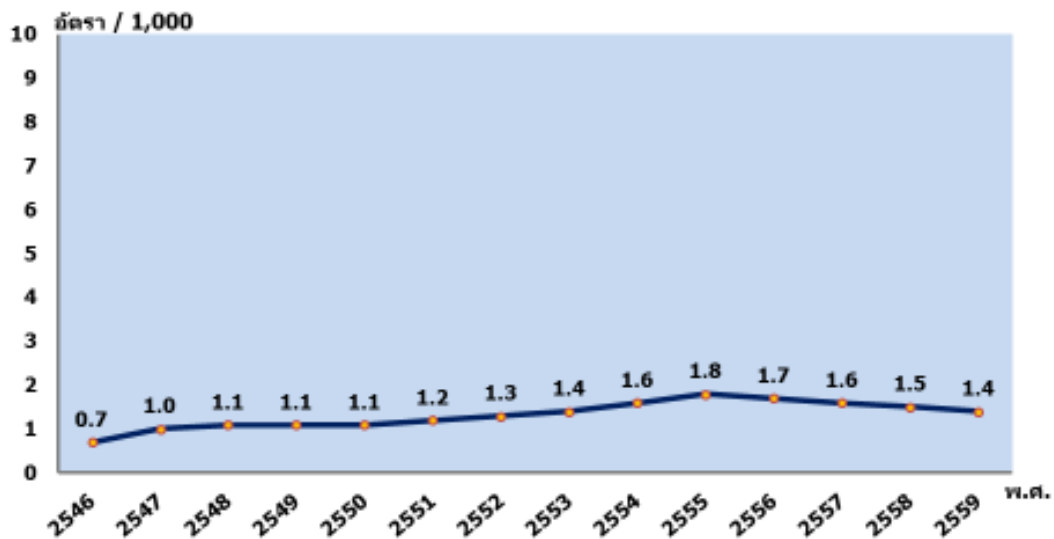
- อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา ข้อมูล พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 1.8, 1.7, 1.6, 1.5 และ 1.4 ตามลำดับ โดยอัตราการคลอดในปี 2559 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 1.4 ต่อประชากรหญิงอายุไม่เกิน 10-14 ปี 1,000 คน
- อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน นั้นพบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาอัตราการคลอด พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 53.4, 51.2, 47.9, 44.8 และ 42.5 ตามลำดับ โดยอัตราการคลอดในปี 2559 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุไม่เกิน 15-19 ปี 1,000 คน

ภาพที่ 1 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2533-2559



ภาพที่ 2 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2546-2559

อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน

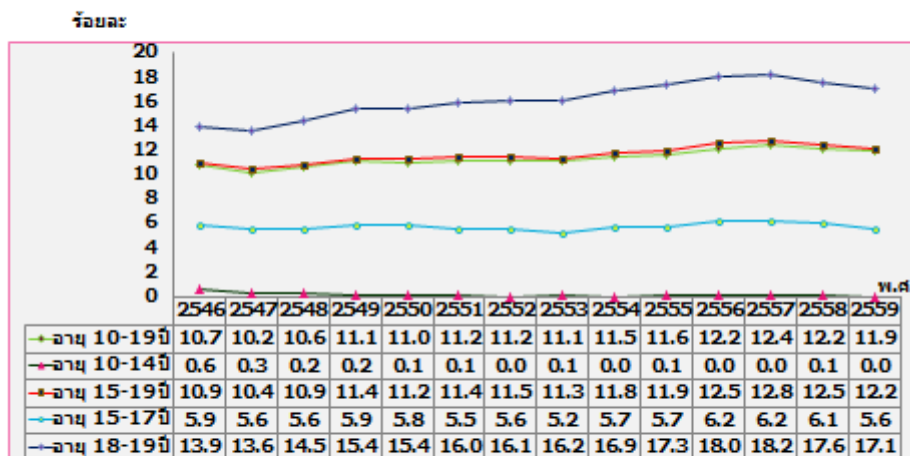


ที่มา : 1. ข้อมูลหญิงคลอด อายุ 10-14 ปี และข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2546-2559 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 (โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2560)

- การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ภาพที่ 3 ร้อยละการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2546-2559

ร้อยละของการคลอดซ้ำในวัยรุ่น จำแนกตามกลุ่มอายุของแม่ ปี 2546 – 2559

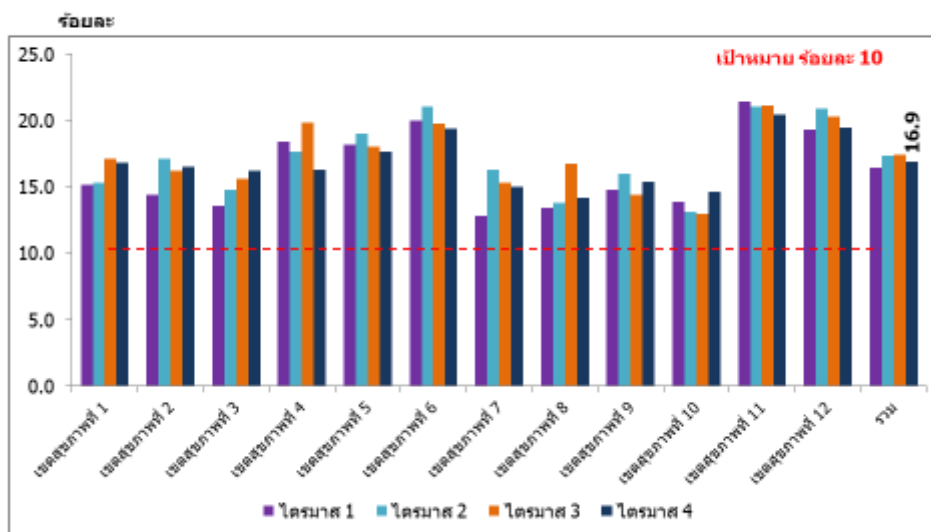


หมายเหตุ 1. จำนวนการคลอดทั้งหมด ปี พ.ศ.2546-2559 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 2. วิเคราะห์และรายงานโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

(โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2560)

วัยรุ่นอายุ 10-19 ปีที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 11,225 ราย หรือเท่ากับ ร้อยละ 11.9 ของการคลอดบุตรในวัยรุ่น (ภาพที่ 3) สะท้อนให้เห็นว่าแม่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรหลังคลอดบุตร ซึ่งจะช่วยให้ระยะห่างของการมีบุตรคนต่อไปได้นานถึง 3-5 ปี นอกจากนี้การติดตามข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำ จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ที่ใช้ในการติดตามการตั้งครรภ์ซ้ำที่รวมทั้งการคลอดและการแท้ง ในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560) พบว่ามีวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำสูงถึง ร้อยละ 16.9 (ภาพที่ 4)

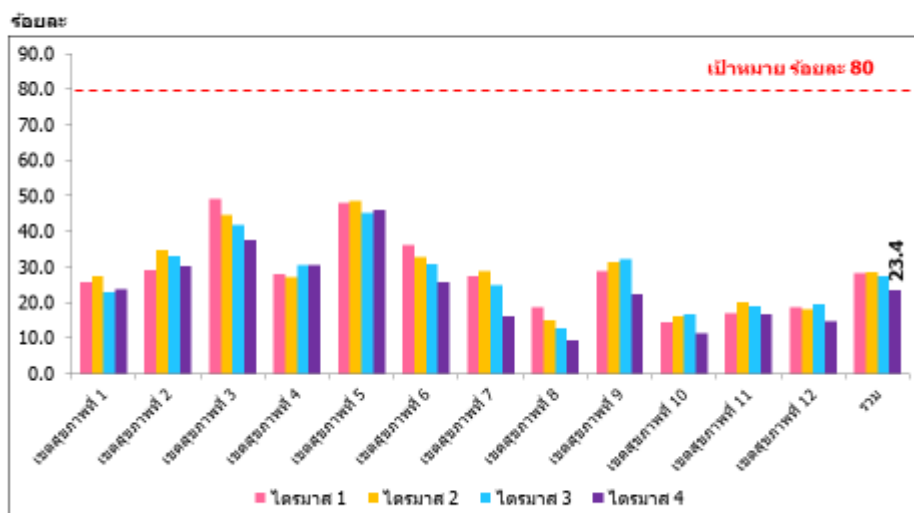
ภาพที่ 4 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จำแนกรายเขตสุขภาพ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปีงบประมาณ 2560 รายเขตสุขภาพ



หมายเหตุ : ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ประมวลผล = 3 พฤศจิกายน 2560

ภาพที่ 5 ร้อยละของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง

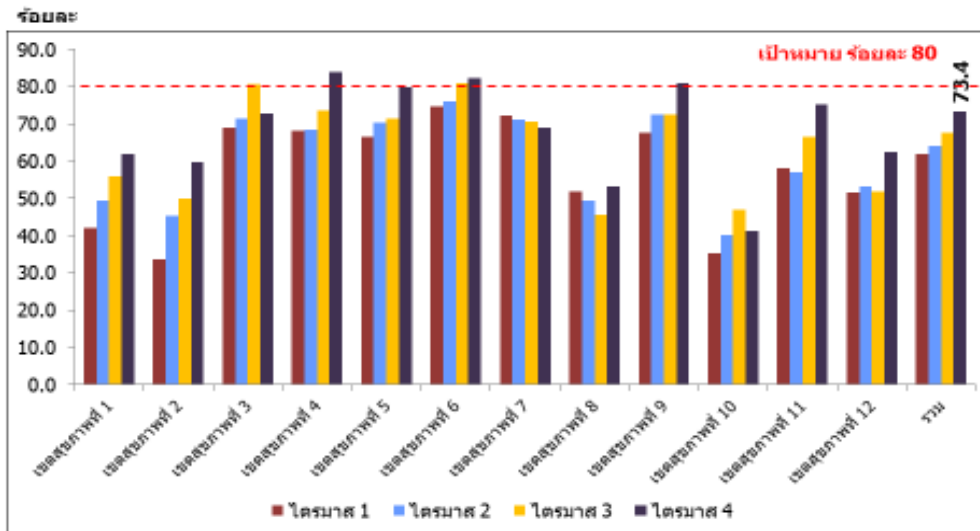
ร้อยละของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง



หมายเหตุ : ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ประมวลผล = 3 พฤศจิกายน 2560

ภาพที่ 6 ร้อยละของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด)

ร้อยละของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด)

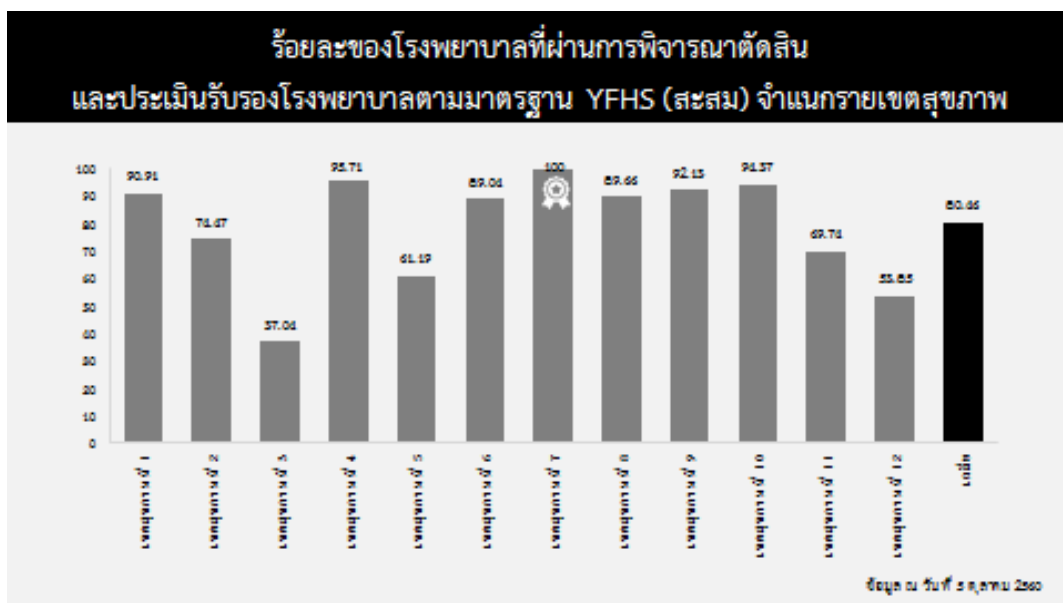


หมายเหตุ : ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ประมวลผล = 3 พฤศจิกายน 2560

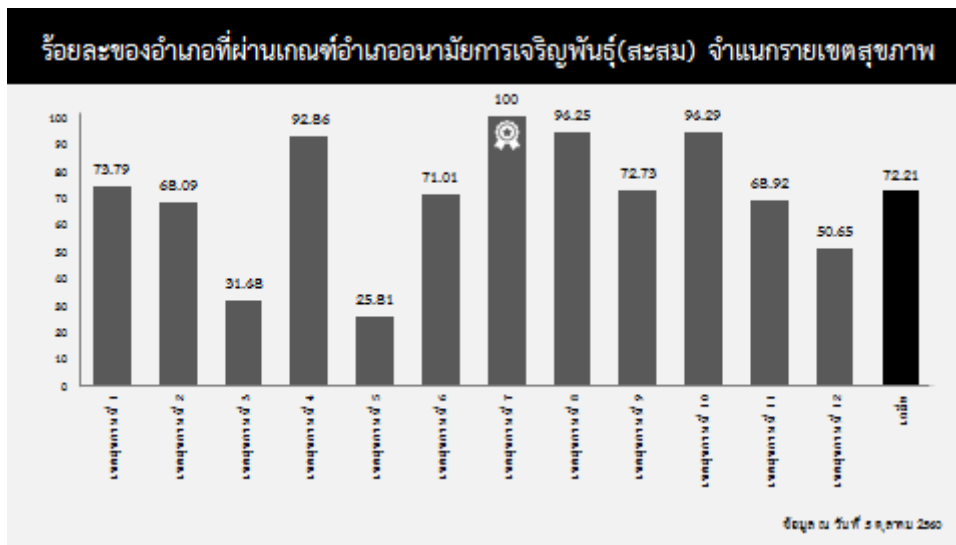
การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง เท่ากับร้อยละ 23.4 (ภาพที่ 5) ส่วนร้อยละของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย และ ยาฝังคุมกำเนิด) เท่ากับร้อยละ 73.4 (ภาพที่ 6)

- เครือข่ายและระบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

ภาพที่ 7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS จำแนกรายเขตสุขภาพ

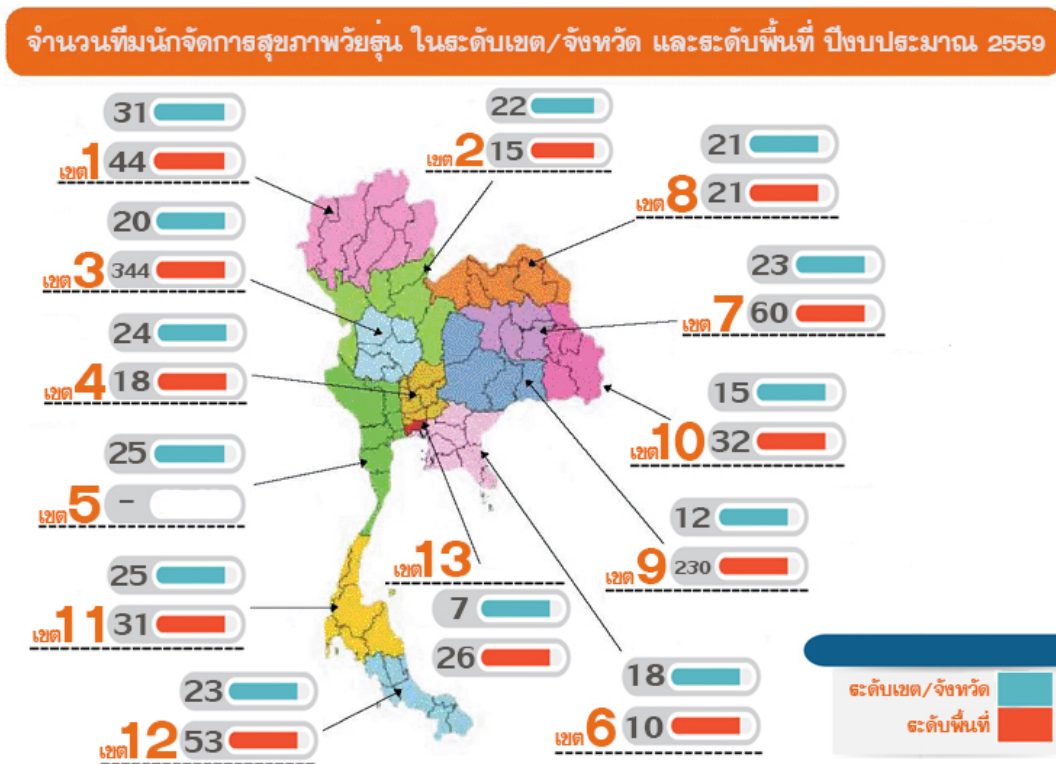


ภาพที่ 8 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำแนกรายเขตสุขภาพ



การดำเนินงานสำคัญในการส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายในเรื่องลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ร้อยละ 80.46 (ภาพที่ 7) และอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 72.21 (ภาพที่ 8) เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน พ.ศ. 2560

ภาพที่ 9 จำนวนทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่นระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด และระดับพื้นที่ ปีงบประมาณ 2559



ที่มา : สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัด ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่
2. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
3. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัด ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่			
1. มีกลไกการทำงานที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพ 2. มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ วัดผลได้ 3. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน 4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีในระดับเขตลดลงตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ	1. เร่งรัดและผลักดันการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร 2. สนับสนุนส่งเสริมการจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 3. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการประชุมคณะกรรมการฯ	1. ติดตามการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร 2. ติดตามการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและผลที่เกิดจากการประชุมดังกล่าว 3. ติดตามการบูรณาการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานในระดับจังหวัด ทั้งหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ 4. ติดตามการรายงาน	1. มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการอื่นที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง 3. มีการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>4. สร้างกลไกการดำเนินงานที่มีการประสานงานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลักในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องจริงจัง</p> <p>5. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นและครอบครัวเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p>	<p>ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด</p>	
<p>2. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) อำเภอนาหมื่นการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>			
<p>- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการมากกว่าร้อยละ 85</p> <p>- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภอนาหมื่นการเจริญพันธุ์มากกว่าร้อยละ 75</p> <p>- โรงพยาบาลที่ผ่านการเยี่ยมประเมิน ครบ 3 ปี มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และมีคุณภาพร้อยละ 20</p>	<p>1. สนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอนาหมื่นการเจริญพันธุ์ระดับเขตและจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการ</p>	<p>1. การติดตามการสร้างเสริมความเข้าใจในหลักการและแนวทางการดำเนินงาน YFHS และอำเภอนาหมื่นการเจริญพันธุ์ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานในระดับอำเภอได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. ติดตามผลการส่งเสริมและผลักดันงาน YFHS และอำเภอนาหมื่นการเจริญพันธุ์</p>	<p>1. มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตร มีคุณภาพ และจัดบริการได้ตรงปัญหาและความต้องการของวัยรุ่น ทั้งเชิงรับและเชิงรุก</p> <p>2. วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างทั่วถึง ตรงตามความต้องการ</p> <p>3. มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการประสานการดำเนินงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว /ชุมชน และสถานศึกษาอย่างสอดคล้อง มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>สาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในรูปแบบที่หลากหลาย ตรงกับความต้องการ</p> <p>3. กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ</p> <p>4. สนับสนุนให้ รพ.สต. มีแนวทางพัฒนาการดำเนินงานการจัด YFHS</p> <p>5. ผสานความร่วมมือระหว่างศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิต และ สสจ. เพื่อเยี่ยมชมเสริมพลังโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการร่วมกับเกณฑ์อำเภออนามัย การเจริญพันธุ์</p> <p>6 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS (ฉบับบูรณาการ) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p>	<p>ไปสู่แผนงาน โครงการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ</p> <p>3. ติดตามผลการผล การประเมินรับรอง โรงพยาบาลสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ตามเกณฑ์ มาตรฐาน YFHS ฉบับ บูรณาการ และการ รับรองอำเภออนามัย การเจริญพันธุ์</p> <p>4. การเยี่ยมชมพลัง และจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในระดับเขตและ จังหวัด</p>	<p>ในระดับอำเภออย่างเป็นระบบ รอบด้าน</p> <p>5. ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอ็ดส์ และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในวัยรุ่นลดลง</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ระดับอำเภอ/ตำบล ได้รับการพัฒนาศักยภาพเขตสุขภาพละ 2 อำเภอ อำเภอละ 40 คน	ขยายทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด สู่ระดับอำเภอ/ตำบล	ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ระดับอำเภอ/ตำบล	มีทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล
3. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี			
การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกิน ร้อยละ 16	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้วัยรุ่น และครอบครัวมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง - ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด/หลังแท้ง) - มีการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรอย่างต่อเนื่องและเพียงพอสำหรับการจัดบริการในพื้นที่ - การตรวจสอบปัญหาในด้านระบบการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิด 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ทุกวิธี - อัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร - การบันทึกและติดตามผลการบันทึกข้อมูลการให้บริการการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้องครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> - วัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งทุกรายได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ โดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร - ระบบข้อมูลการรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่นมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	กึ่งถาวร และพัฒนา ระบบบริหารจัดการใน พื้นที่ เพื่อให้มีเวชภัณฑ์ สำหรับการคุมกำเนิด อย่างเพียงพอต่อความ ต้องการของวัยรุ่นอายุ ต่ำกว่า 20 ปีที่มารับ บริการ		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุข รัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	0 2590 4242	การผลักดันและ สนับสนุนการ ดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน ระดับเขตและระดับ จังหวัด ของ คณะอนุกรรมการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร และ ภาคีเครือข่ายต่างๆ ใน พื้นที่
นายแพทย์ประวิช ชว ชลาศัย	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ	0 2590 4239	
นางณิชารัศม์ ปัญจ จิตราพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	0 2590 4238	
นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	Tel. 0 2590 4265 Mobile...08 1960 2749 e-mail : prakaidaor@gmail.com	การส่งเสริมและ สนับสนุนการขับเคลื่อน การจัดบริการสุขภาพที่ เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS)
นางอรอุมา ทางดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	Mobile...08 9758 9186 onuma.tangdee@gmail.com	

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่ รับผิดชอบ
			อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และที่มนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
นางสาวพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ		การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี
นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	โทร 0 2590 4166 089 762 7339 e-mail: am- piyarat@hotmail.com	ข้อมูลการรายงานผล การดำเนินงาน

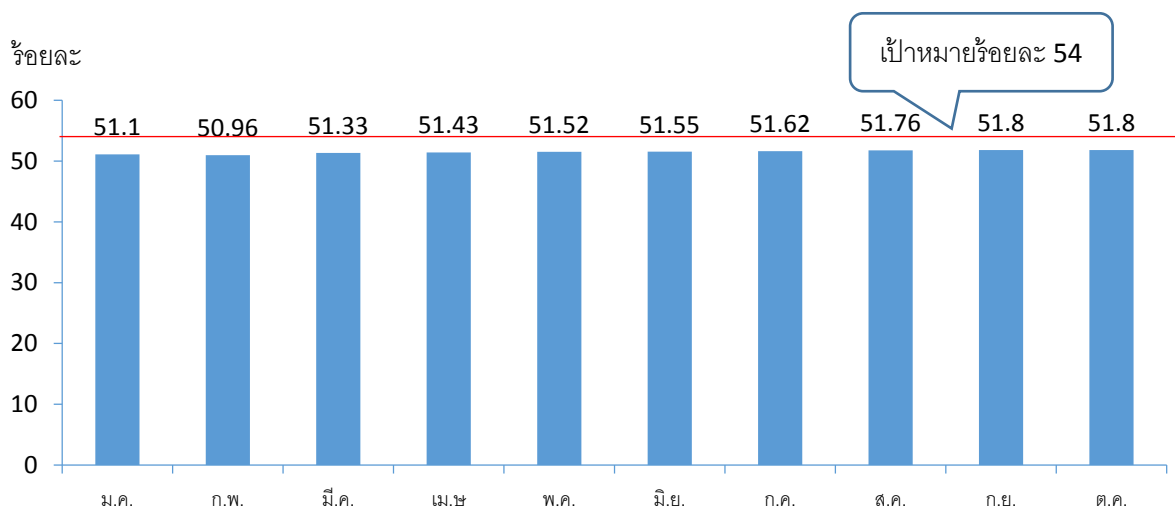
หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คคต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ

สถานการณ์

ผลค่าดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติรายเดือน ภาพรวมของประเทศ จากข้อมูลของ Health data center ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2560 พบว่าแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายเพิ่มสูงขึ้นไม่มากนักคือประมาณร้อยละ 0.1 รายละเอียดตามแผนภูมิแท่งที่ 1 และเมื่อพิจารณาผลดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ รายเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2557-2560 พบว่า เขตสุขภาพที่มีแนวโน้มดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี ลดลงคือ เขตสุขภาพที่ 1 5 6 10 และ 12 แต่มีบางเขตสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2559 แล้วสูงขึ้นในปี 2560 คือ เขตสุขภาพที่ 2 (เพิ่มขึ้นจาก 45.13 เป็น 46.04) เขตสุขภาพที่ 3 (เพิ่มขึ้นจาก 49.09 เป็น 50.92) เขตสุขภาพที่ 4 (เพิ่มขึ้นจาก 52.78 เป็น 53.52) เขตสุขภาพที่ 7 (เพิ่มขึ้นจาก 55.71 เป็น 55.93) เขตสุขภาพที่ 8 (เพิ่มขึ้นจาก 55.16 เป็น 53.67) เขตสุขภาพที่ 9 (เพิ่มขึ้นจาก 50.50 เป็น 53.66) เขตสุขภาพที่ 11 (เพิ่มขึ้นจาก 47.02 เป็น 47.13) รายละเอียดตามแผนภูมิแท่งที่ 2

แผนภูมิแท่งที่ 1 ผลค่าดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีดัชนีมวลกายปกติ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560

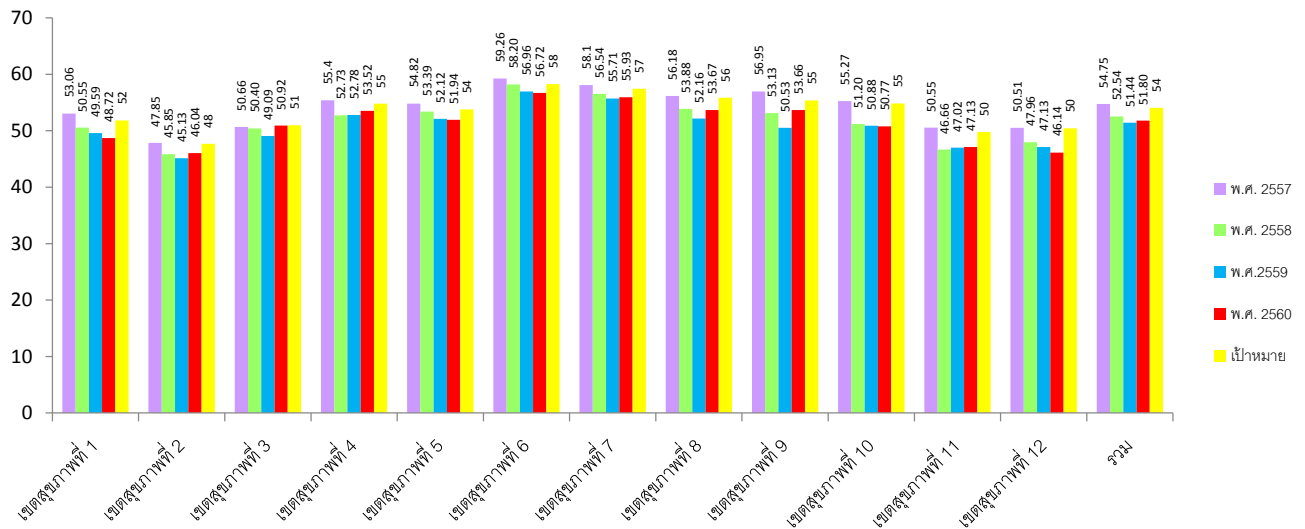


ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center

ข้อมูลเดือนตุลาคม เป็นข้อมูล ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2560

แผนภูมิแท่งที่ 2 ผลค่าดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีดัชนีมวลกายปกติ
ปี 2557-2560

ร้อยละ



ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center

ข้อมูลปี 2560 เป็นข้อมูล ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2560

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบและมีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1.การขับเคลื่อนการดำเนินงานร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)			
ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ 2.พชอ.มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการติดตามประเมินผลในประเด็นเพื่อให้ประชาชนวัย	ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 55

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>ทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p> <p>3.มีการดำเนินงานตามประเด็นเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p> <p>4.มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลดูแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายระดับพื้นที่</p>	
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบและมีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>			
<p>จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบและมีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>	<p>การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบและมีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>	<p>จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบและมีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>	<p>1. จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงงาน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบ</p> <p>2. มีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>-คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p> <p>-วิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลดูแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายระดับพื้นที่ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในจังหวัด</p>	<p>-พขอ.มีแผนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและการติดตามประเมินผลในประเด็นเพื่อให้ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p> <p>-จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วม/สถานประกอบการ โรงเรียน อย่างน้อยจังหวัดละ 1 รูปแบบ</p>	<p>-มีการดำเนินงานตามประเด็นเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p> <p>-เยี่ยมเสริมพลังและติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p> <p>-มีนวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>	<p>-วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลดูแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายระดับพื้นที่</p> <p>-ประเมินผลรูปแบบ/นวัตกรรมชุมชน/องค์กร</p>

มาตรการที่ใช้ในการดำเนินงานปี 2560 และ 2561 คือ PIRAB

ปี 2560 มาตรการสำคัญ (PIRAB) :

(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)

P: 1. กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่าย (ภายในกระทรวงสธ.: สป.-กรมพ.-กรมสบส.-กรมคร.-อย. กระทรวงที่เกี่ยวข้อง: พม. มท. ศธ. อก. พณ.)

2. กรมอนามัยร่วมกับเครือข่ายในระดับพื้นที่ คือ ศูนย์อนามัยในการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ และสร้างผู้นำสุขภาพ (Health Leader)

I: 1. ประสานแหล่งเงินทุน (สสส./สปสช./พม./เทศบาล อปท./เอกชน/ชุมชน) เพื่อส่งเสริมประชาชนวัยทำงานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2. กรมอนามัยลงทุนพัฒนาโมเดลระบบเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเพื่อจัดทำฐานข้อมูลโดยประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการKISS ในการเชื่อมโยงกับระบบ HDC (ดำเนินการในจังหวัดน่าน ร้อยละ 4 จังหวัด)

R: พื้นที่มีความสามารถในการควบคุม กำกับให้กลุ่มเป้าหมายได้ปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Healthy eating)/การดำเนินชีวิตประจำวันที่กระฉับกระเฉง (Active living) /และการเข้าสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Environmental health)

A: สื่อสารความรู้รอบด้านสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง 4 ด้าน ผ่าน line, Infographic สำหรับ Ground war สื่อสารโดยสื่อบุคคล เช่น จนท.สธ. (coacher) ผู้นำด้านสุขภาพ (health leader) ช่วยกระจายความรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์จนดูแล ควบคุมให้ปฏิบัติได้ถูกต้องจนมีดัชนีมวลกายปกติและมีสุขภาพดี

B: 1. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพทั้งในหน่วยงานสาธารณสุข สถานประกอบการ ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นพี่เลี้ยงหรือครู ก ไปขยายผลอบรมผู้นำสุขภาพหรือแกนนำพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้คนไทยหุ่นดี สุขภาพดี

2. สร้างเสริมศักยภาพผู้นำสุขภาพ (health leader) เพื่อไปกระตุ้นชี้แนะ ให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสร้างโอกาสให้เกิดข้อตกลง/วัฒนธรรมองค์กรหรือนโยบายสาธารณะ 3 ด้านในพื้นที่หรือองค์กร

ปี 2561 มาตรการสำคัญ (PIRAB) :

(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)

P: 1. กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่าย 4 กระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Healthy eating, Active living, Environmental health) ได้แก่ : รง. พม. มท. และ สธ.

2. กรมอนามัยร่วมกับเครือข่ายในระดับพื้นที่ คือ สถานประกอบการ โรงงาน ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

I: 1. ประสานแหล่งเงินทุน (สสส./สปสช./พม./เทศบาล อปท./เอกชน/ชุมชน) เพื่อส่งเสริมประชาชนวัยทำงานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2. กรมอนามัยลงทุนพัฒนาโมเดลระบบเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเพื่อจัดทำฐานข้อมูลโดยประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการKISS ในการเชื่อมโยงกับระบบ HDC (ขยายผลจาก ปี 2560 โดยปี 2561 จะดำเนินการศูนย์อนามัยละ 1 จังหวัด)

R: 1. พื้นที่ที่มีความสามารถในการควบคุม กำกับให้กลุ่มเป้าหมายได้ปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Healthy eating)/การดำเนินชีวิตประจำวันที่กระฉับกระเฉง (Active living) /และการเข้าสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Environmental health)

2. ส่วนกลางมีการเยี่ยมชมเสริมพลังการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ของประชาชนวัยทำงาน ศูนย์อนามัยละ 1 จังหวัด

A: สื่อสารความรู้รอบด้านสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง 4 ด้าน ผ่านสื่อสาธารณะวงกว้าง TV/ line/ Facebook/ Youtube/ วิทยุ/ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยใช้ คลิปวิดีโอ Infographic สำหรับ Ground war สื่อสารโดยสื่อบุคคล เช่น จนท.สธ.(coacher) ผู้นำด้านสุขภาพ (health leder) ช่วยกระจายความรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์จนดูแล ควบคุมให้ปฏิบัติได้ถูกต้องจนมีดัชนีมวลกายปกติและมีสุขภาพดี

B: แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะ (Healthy eating, Active living, Environmental health) ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล	ตำแหน่งผู้อำนวยการ สำนัก/กอง สำนักโภชนาการ	Tel. 0-2590-4328. Mobile 08-1421-1411 e-mail : napavkul@gmail.com	1. การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานร้อยละของ ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวล กายปกติผ่าน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) 2. จังหวัดมีรูปแบบการ ดำเนินงานส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์โดยชุมชนมีส่วน ร่วม อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 รูปแบบและมี นวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง
วิภาศรี สุวรรณผล	ตำแหน่ง นักโภชนาการ ปฏิบัติการ สำนัก/กอง สำนักโภชนาการ	Tel. 0-2590-4307 Mobile 09-8263-9591 e-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th	1. การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานร้อยละของ ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวล กายปกติผ่าน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) 2. จังหวัดมีรูปแบบการ ดำเนินงานส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์โดยชุมชนมีส่วน ร่วม อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 รูปแบบและมี นวัตกรรมชุมชน/องค์กร อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

สถานการณ์

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21 ในปี 2559 – 2560 รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น รัฐบาลจึงสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจาก งบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมดำเนินการเป้าหมายการดำเนินงานในปี 2559 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ 1,000 ตำบลในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร และในปี 2560 ได้เพิ่มเป้าหมายผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 ราย ในพื้นที่ 5,000 ตำบลในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย มีพันธกิจ ในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่าย และเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสริมสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี

ในปัจจุบันพื้นที่ตำบลทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 7,255 ตำบล แต่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งสิ้น 4,512 ตำบลและสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตำบล Long Term Care มีจำนวนทั้งสิ้น 3,718 ตำบลคิดเป็นร้อยละ 82.4 ซึ่งในตำบลในโครงการ มีจำนวนผู้สูงอายุ เป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 คน และได้รับการดูแลตามโครงการฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 172,078 คน คิดเป็นร้อยละ 98.63 มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีภาวะพึ่งพิง โดยผลิต Care Manager ที่ผ่านหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป้าหมาย จำนวน 4,500 คน แต่ปัจจุบันสามารถผลิตได้ถึง 7,391 คน (มากกว่าร้อยละ 100) ผลิต Caregiver เป้าหมาย 18,000 คน ผลิต ได้ 23,920 คน (มากกว่าร้อยละ 100) นอกจากนี้ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนมีสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมี Care Manager และ Caregiver ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดทำ Care Plan ในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปัจจุบันพื้นที่สามารถจัดทำ

Care Plan เพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายจำนวน 172,078 คน ในปี พ.ศ. 2559 - 2560 จัดทำ Care Plan ได้ จำนวน 140,577 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น :

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60	<p>PIRAB :</p> <p>P: ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สช และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>I : ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>R : ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>A : สร้างช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อสนับสนุน “ สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญู รู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ”</p> <p>B: พัฒนานโยบายและขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยใช้หลักการ 3 S (Thai Active Aging : Strong , Social and Security) การผลิต Care manager, Caregiver ,อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.</p>	<ol style="list-style-type: none"> พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care ให้กับศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน 	<ol style="list-style-type: none"> มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างน้อย 1 นวัตกรรม /1 เขตสุขภาพ มีการจัดเวทีเพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด มีผลการดำเนินงานจัดอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 มีผลการดำเนินการจัดอบรมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีผลการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) (ทั้งผู้สูงอายุรายเก่าและผู้สูงอายุรายใหม่) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ ร้อยละ 80

Small Success

กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ส่วนกลาง	<p>1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม มาตรการและกฎหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสานหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง/ เขตสุขภาพ/ ระดับจังหวัด</p> <p>3) มีคู่มือมาตรฐาน/ แนวทางการดำเนินงาน</p>	<p>1) มีคณะกรรมการร่วม สช และ สปสช. “คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p> <p>2) มีระบบข้อมูลการดำเนินงาน Long Term Care และมีระบบฐานข้อมูลที่ใช้งานได้</p>	<p>1) มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังและมีรายงาน ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมเสริมพลังและสรุปบทเรียน การดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก เพื่อปรับปรุงพัฒนา</p> <p>2) มีรายงานผลการสนับสนุนเงินทุน/ งบประมาณ (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 1 นวัตกรรม</p> <p>2) มีรายงานผลจากการจัดเวทีเพื่อเผยแพร่ นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงาน</p>
เขตสุขภาพ สสจ./รพศ./รพท. ระดับอำเภอ พชอ/DHS/พื้นที่	<p>1) มีผลการประเมินทบทวนสถานการณ์การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพอนามัย</p>	<p>1) มีผลการดำเนินการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ไม่น้อยกว่า</p>	<p>1) มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังและมีรายงานข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมเสริมพลังและสรุปบทเรียนการ</p>	<p>1) มีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างน้อย 1 นวัตกรรม</p> <p>2) มีตำบล Long</p>

กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และชี้แจงประสานหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ ภาคีเครือข่าย และชมรมผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพจังหวัด และพื้นที่</p> <p>3) มีผู้ผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินอย่างน้อยศูนย์อนามัยละ 2 คน</p> <p>4) มีการจัดอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และรายงานผล</p>	<p>ร้อยละ 50</p> <p>2) มีรายงานผลข้อมูลตามไตรมาส</p> <p>3) มีการสนับสนุนและควบคุม กำกับให้พื้นที่ดำเนินการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) (ทั้งผู้สูงอายุรายเก่าและผู้สูงอายุรายใหม่) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>4) มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p>	<p>ดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก เพื่อปรับปรุงพัฒนา</p> <p>2) มีผลการดำเนินงานจัดอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95</p> <p>3) มีผลการดำเนินการจัดอบรมผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p>	<p>Term Care ผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>3) มีรายงานผลจากการจัดเวทีเพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและขยายผลการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>4) มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60</p> <p>5) มีผลการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) (ทั้งผู้สูงอายุรายเก่าและผู้สูงอายุรายใหม่) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์	ตำแหน่ง อธิบดีกรมอนามัย	Tel. 0 2590 4049 Mobile..... e-mail : drwachira99@gmail.com	ผู้กำกับตัวชี้วัด
นายแพทย์อรุณพล แก้วสัมฤทธิ์	ตำแหน่ง รองอธิบดีกรมอนามัย	Tel. 0 2590 4072 Mobile..... e-mail : attapon2008@gmail.com	ผู้กำกับตัวชี้วัด
นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4503 Mobile..... e-mail : kittilarp@yahoo.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางวิมล บ้านพวน	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4509 Mobile 097 241 9729 E - mail: vimol.b@anamai.mail.go.th	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. 0 2590 4503 Mobile 081 454 3563 E - mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing

สถานการณ์

สถานการณ์ สภาพปัญหา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ พบว่าปัจจุบันประเทศไทย มีประชากร 64.5 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.48 ล้านคน คิดเป็น 17.36 % ของประชากรรวม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มิเตอร์ประเทศไทย Thailandometers, 13 พฤศจิกายน 2560.) โดยการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั้นหมายถึงว่า ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

ข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ โดยร้อยละ 80.12 ได้รับการคัดกรอง ADL ร้อยละ 40.22 ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ฟัน สายตา และ ร้อยละ 26.87 ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 จากอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) คือร้อยละ 8.1 อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม เท่ากับร้อยละ 25.7 (ประเมินด้วย Time get and go test) และ ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน ในส่วนของระบบการจัดบริการสุขภาพพบว่า มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่ง ของ 12 เขตสุขภาพ

ในด้านปัญหาด้านสังคมพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2543 เป็น 14.3 และโดยการคาดการณ์พบว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 17.6 ในปี พ.ศ.2553 และ 24.6 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ 85.3% (5.97 ล้านคน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บางส่วน 13.8% (960,000 คน) และ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย 0.9% (63,000 คน)

จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์ปัญหาที่มีจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุก็จะมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชราเพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญให้มากได้แล้วว่าการดูแลรักษาฟื้นฟูควรมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ อาทิ ลักษณะทางคลินิก ปัญหาการแปรผลและความเหมาะสมในการสำรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดจนการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาแตกต่างและซับซ้อนจากผู้ป่วยวัยอื่นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น สมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม ปลดปล่อยปัญหาการได้รับการดูแลสุขภาพที่ซ้ำซ้อนจนอาจเป็นผลเสียต่อตัวผู้สูงอายุในที่สุด กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีความมุ่งมั่นดำเนินการตามยุทธศาสตร์การบูรณาการยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการแปลงแผนผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผล ประสานกับประสิทธิภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อย่างตรงประเด็น ถูกต้องเหมาะสม และได้มาตรฐานตามหลักสากลอันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญอย่างวัยสูงอายุ ที่ประเทศต้องมีระบบที่รองรับตั้งแต่ปัจจุบันสืบไปจนถึงอนาคต

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การให้บริการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ในผู้สูงอายุ
2. การบริหารจัดการข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแล
3. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแต่ละระดับ
4. การสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้ยาวนานที่สุด ตามศักยภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. การให้บริการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ในผู้สูงอายุ			
ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบถ้วนทุกประเด็นและยอดคัดกรองสะสม)	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. คัดกรอง BGS (Basic Geriatric Screening) - รพช.ขึ้นไป ประเมินด้วย GA (Geriatric Assessment) <p>1. คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา</p> <p>1.1 คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืน ปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน</p> <p>1.2 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) , การประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. มีการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย BGS. - รพช.ขึ้นไป มีการประเมิน GA ผู้สูงอายุ (ที่กรองด้วย BGS แล้วเสี่ยง) - สตจ. มีข้อมูล Coverage ของการตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นฐานจังหวัด - เขต. มีข้อมูล Coverage ของการตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นฐานเขต 	ฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับขนาด ความรุนแรง และความสำคัญที่แตกต่างตามบริบทของพื้นที่
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. การบริหารจัดการข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแล			
2.1 สถานะ และสภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วย AMT (ตามแนวทาง BGS ในคู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ) - รพช. ขึ้นไป มีการประเมิน 	<ul style="list-style-type: none"> - สตจ. มีข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ของแต่ละสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นฐานข้อมูลจังหวัด - เขต. มีข้อมูลร้อยละของ 	การวางแผนดูแลรักษา รวมถึงการจัดบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพด้านภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ภาวะสมองด้วย MMSE (ตามแนวทาง GA ในคู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ) (ที่กรองด้วย AMT แล้วเสี่ยง)	ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ของแต่ละจังหวัด เป็นฐานข้อมูลเขต	
2.2 สถานะ และสภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้มในพื้นที่	-รพ.สต.และ รพช.ขึ้นไป มีการประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มเบื้องต้นด้วย Time get and go test (ตามแนวทาง ในคู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557)	- สตจ. มีข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ของแต่ละสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นฐานข้อมูลจังหวัด - เขต. มีข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ของแต่ละจังหวัด เป็นฐานข้อมูลเขต	การวางแผนดูแลรักษา รวมถึงการจัดบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพด้านภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3. การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแต่ละระดับ			
มีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาล	- รพช. และ รพท./รพศ. มีการดำเนินการตามเกณฑ์ และคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์	รพท./ศ = 1 แห่ง และ รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง (ต่อจังหวัด) ดำเนินการตามเกณฑ์ และคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์	- การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแต่ละระดับที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม - การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรงประเด็นที่ตรวจคัดกรอง และตรวจวินิจฉัยพบ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 4. การสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้ยาวนานที่สุดตามศักยภาพ			
ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพิ่มขึ้น หรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	-กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า ปกติ : ได้รับการให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เสี่ยง : ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันความเสี่ยงต่อโรคในระยะรุนแรง	- สถานพยาบาล (รพ.สต. และ รพช.ขึ้นไป) มีแผนการดำเนินการให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รายคน -จังหวัดรวบรวมข้อมูลในภาพของอำเภอและสรุปเป็นภาพจังหวัด -เขต รวบรวมข้อมูลแยก รายจังหวัด และสรุปรายเขต	ผู้สูงอายุกลุ่มที่ปกติ/เสี่ยงได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ รวมทั้งมีทักษะกายใจที่ดี

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มีแผนการดำเนินการในพื้นที่ตามแนวทางการตรวจราชการ 1 - 4	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วนทุกประเด็น - เตรียมการจัดบริการในสถานพยาบาลตามเกณฑ์คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วนทุกประเด็น ร้อยละ 60 (ยอดสะสม) - เริ่มให้บริการหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแต่ละระดับ (มียอดผู้รับบริการ) 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้สถานะสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วน และทราบข้อมูลร้อยละของปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุและสมรรถนะตามประเด็นในแนวทางการตรวจราชการที่ 2,4 - มีหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุ:รพท./ศ = 1 แห่ง และ รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง (ต่อจังหวัด) ดำเนินการตามเกณฑ์และคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	โทร. 02 591 8277 มือถือ 086-7765187 Email: drprapun@yahoo.com	ผู้กำกับดูแลโครงการ (ระดับหน่วยงาน)
นางสาวปิยะนุช ชั้วสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	โทร. 2 591 8277 มือถือ : 087 0904560 Email: piyanut.igm@hotmail.com	ผู้รับผิดชอบโครงการ/รายงาน (ระดับหน่วยงาน)

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

สถานการณ์

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผลผลิตที่มีการพัฒนาการควบคู่กับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการทำให้ "คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน" และ "คนไทยใส่ใจดูแลกัน" โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การขับเคลื่อนดังกล่าวผ่านพื้นที่นาร่อง ในปี 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้นของการดำเนินการ คือ จากความสมัครใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง เป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสม จากบทเรียนประสบการณ์การดำเนินการ MOU ใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ และเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มติของนายกรัฐมนตรีและที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการความร่วมมือสร้างความแข็งแกร่งในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
2. แผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วยกระบวนการ UCCARE

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)			
อำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ที่มีคุณภาพ	การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	คณะกรรมการ พชอ. ไม่เกิน 21 คนประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ(6) ผู้แทนภาคเอกชนและผู้ประกอบวิชาชีพ(6)และ ผู้แทนภาคประชาสังคม(7) ประธาน : นายอำเภอ เลขานุการ : สสอ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ พชอ.	อำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม ร่าง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ...
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. แผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
	การจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ - มีระบบข้อมูลเป็นฐานเดียวกันในการบริหารจัดการและการวางแผน	1. ประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง	อำเภอมีแผนและดำเนินการตามแผนมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน อย่าง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ดำเนินการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต -ระดับจังหวัดพัฒนาทีม เยี่ยมเสริมพลังเพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ	2.จัดทำแผนปฏิบัติการประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่าง น้อย 2 เรื่อง 3.ดำเนินการตามแผน/แก้ไข ปัญหาประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง 4.ผลการดำเนินงานของแผน/ แก้ไขปัญหาประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง	น้อยอำเภอละ 2 เรื่อง - อำเภอมีระบบข้อมูล พื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ - มีกลไกการติดตามให้ คำปรึกษาการพัฒนา/ แก้ไขคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ(UCCARE)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3.การบริหารจัดแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วยกระบวนการ UCCARE			
	การบริหารจัดแก้ไขปัญหา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้วยกระบวนการ UCCARE	1.ดำเนินการบริหารจัดการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอแบบบูรณาการและมี ส่วนร่วมทุกภาคส่วน	อำเภอมีการบริหารจัดการ แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อย่างน้อย 2 เรื่องด้วยกระบวนการ UCCARE
	-มีทีมเยี่ยมเสริมพลังแบบ บูรณาการด้วยกระบวนการ ดูแล (Caring) และการให้ คุณค่า (Appreciation)	2.ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญ ตามบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิต	อำเภอมีผลลัพธ์การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง DHS-PCA

**ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)
และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง**

สถานการณ์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันมีความรุนแรงและซับซ้อนกว่าอดีต ทำให้ต้องมีการติดตามประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวได้ข้อมูลการระบาด และวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time โดยมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) วับัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล เชื่อมโยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
2. การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด
3. การซ่อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด			
ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - รายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรคอย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน)	จังหวัดมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด			
มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การ	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีม	ตรวจสอบหลักฐาน - รายชื่อการจัดเวร SAT ในภาวะปกติประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561	จังหวัดมีการเฝ้าระวังตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
เกิดโรคและภัยสุขภาพ	ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - รายชื่อการจัดทำทะเบียน SAT ในภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - Spot Report รายงานฉบับเบื้องต้นภายใน 120 นาที และฉบับสมบูรณ์ภายใน 1 สัปดาห์ - รายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน 	โดยทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) (ภาวะปกติมีผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ 4 คน)
มีการจัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> - รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด (เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCATT, CDCU/SRRT ฯ) 	จังหวัดมีทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
มีการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด (ใช้ ตาราง Risk Matrix (ตามWHO guideline) หรือ Risk Assessment algorithm ก็ได้ 	จังหวัดมีข้อมูลระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3. การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด			
มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือมีการซ้อมแผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	การซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) - หรือ มีการซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	จังหวัด มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด หรือมีการซ้อมแผนโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์นคร เปรมศรี	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สำนักระบาดวิทยา	Tel. 02 590 1776 e-mail : nakorn.premstri@gmail.com	กำกับตัวชี้วัด
นางสาวบวรวรรณ ติเรก โภาค	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักระบาดวิทยา	Tel. 02 590 1793 e-mail : borworn67@gmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

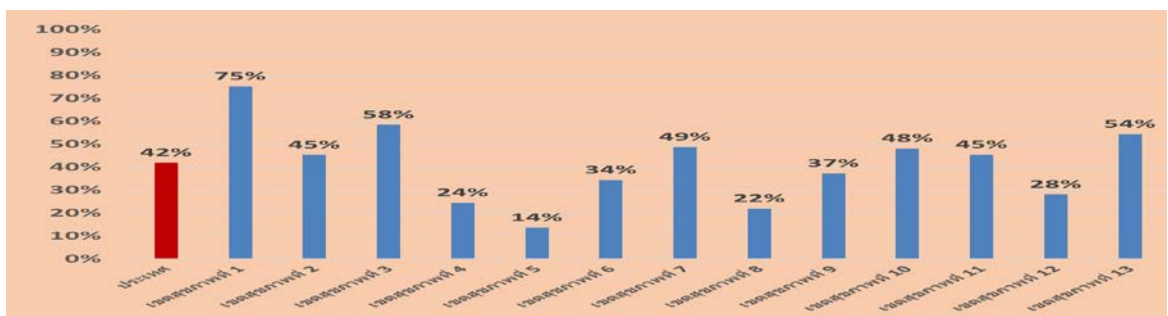
ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

สถานการณ์

ข้อมูลจากการคาดการณ์ด้วยวิธีทางคณิตศาสตร์ ปี 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 450,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) 6500 ราย เป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.25560-2573 ผู้ติดเชื้อรายใหม่ เหลือไม่เกินปีละ 1000 ราย และลดการเสียชีวิตรายใหม่ เหลือไม่เกินปีละ 4000 ราย และลดทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติของประชน ในสังคม ลงเหลือไม่เกินร้อยละ5.8 กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้น ในการดำเนินงาน คือ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM-TG)พนักงานบริการ(FSW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) และคู่อของกลุ่มประชากรหลัก โดยใช้กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การทำให้ผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งมาตรการที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ Reach Recruit test Treat Retain (R-R-T-T-R) โดยเชื่อมระบบบริการ ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ต่อเนื่อง กรอบการติดตามงานในระดับหน่วยบริการ และพื้นที่ที่สำคัญ คือ ความครอบคลุมของการได้รับบริการ ดังกล่าว

มาตรการ Reach การเข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี (รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) เชิงรุก เป็นมาตรการด่านแรกที่สำคัญ เพื่อหากกลุ่มเป้าหมายให้พบ พาเข้ามาสู่ระบบบริการ ได้ตรวจเลือดและถ้าผลเลือดบวกได้รับการรักษาต่อไป การดำเนินงานที่ผ่านมา ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลก ดำเนินการในพื้นที่เร่งรัด 38 จังหวัด และในปี 2559 ได้ขยายพื้นที่การดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัดโดยได้รับงบประมาณจาก สปสช.

ผลการดำเนินงาน ความครอบคลุมของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุก ปีงบประมาณ 2560 ความครอบคลุมของการ ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ85)ภาพรวมประเทศ (รวมทุกแหล่งทุน) อยู่ที่ร้อยละ 42 ของจำนวนคาดการณ์กลุ่มประชากรหลัก(MSM-TG,SW,PWID)ทั้งหมดของประเทศ และพบว่ากลุ่มประชากรที่เข้าถึงฯได้น้อยที่สุด คือ PWID ร้อยละ 22 ส่วน MSM -TG, SW ร้อยละ 51 และ32 ของจำนวนคาดการณ์ประชากร สำหรับในแต่ละเขต ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการฯ เป็นดังนี้



ประเด็นปัญหา จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในระดับพื้นที่ มีดังนี้

1. การจัดบริการป้องกันฯ เชิงรุก : หา กลุ่มเป้าหมาย ไม่เจอ

- พื้นที่ยังขาดประสบการณ์ ทักษะในการจัดบริการเข้าถึงฯ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่เคยดำเนินการภายใต้ โครงการ GF มาก่อน ส่วนใหญ่ จะดำเนินการโดยโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะยังขาดประสบการณ์ ในการกำหนดรูปแบบ กิจกรรม การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก
 - ไม่ได้จัดทำสำรวจ หรือ Mapping จุดรวมตัวที่ชัดเจนของกลุ่มเป้าหมาย และการวางแผนระดับพื้นที่ ก่อนที่จะกำหนดกิจกรรมบริการ
 - ไม่ได้ทำการค้นหาแกนนำ เพื่อการเข้าถึงผ่านตัวบุคคลด้วยรูปแบบเครือข่ายทางสังคม

○ ศักยภาพของแกนนำไม่เพียงพอ ต้องได้รับการพัฒนาให้สามารถเป็นกลไก ดำเนินการในการเข้าถึงฯได้อย่างมีคุณภาพ

2. การเตรียมความพร้อมของระบบการติดตามฯ

○ ระบบข้อมูล การรายงาน : โปรแกรมRTCM ยังไม่เสถียร , ความครอบคลุมของรายงาน และคุณภาพของข้อมูล ,บางพื้นที่ยังไม่ได้อบรมการใช้โปรแกรมฯ

○ ผู้ปฏิบัติงานเอดส์ ในพื้นที่ บางพื้นที่ยังไม่ทราบเรื่อง บางพื้นที่ถูกติดตาม บางพื้นที่ไม่มีการติดตามฯ

○ ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน ในวิธีคิดตัวชี้วัด ไม่ทราบว่าตัวหารคืออะไร แหล่งข้อมูลไหนคำนวณการคาดประมาณมาอย่างไร แบ่งเป้าหมายให้พื้นที่ระดับอำเภออย่างไร

3. การบริหารจัดการ

○ ขาดการตั้งเป้าหมายการเข้าถึงฯ ในภาพรวมของจังหวัด

○ ไม่มีเจ้าภาพ ในการจัดกิจกรรม สนับสนุนการจัดบริการฯ ที่สำคัญ จำเป็น เช่น การพัฒนา ศักยภาพแกนนำ , การอบรมการจัดทำข้อมูล รายงาน จังหวัด ไม่มีงบฯ ดำเนินการ ,รพ. ใช้งบดำเนินการกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้

○ โครงการ สปสช. (200ล้าน) งบฯได้รับล่าช้า ,พื้นที่ยังสับสน/ไม่ชัดเจน กับ ข้อตกลง ว่า ต้องการ ผลงานและตัวชี้วัดใดที่จะแลกกับงบประมาณ ,การใช้จ่ายงบฯที่หน่วยบริการได้รับไม่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินการตามกิจกรรมการให้บริการเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคล่องตัว รวมถึงยังติดขัดเรื่องระเบียบราชการอยู่

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. กระบวนการ รูปแบบ การจัดการบริการ

2. ระบบข้อมูล และการติดตาม สนับสนุน

3. กลไกการบริหารจัดการระดับจังหวัดในการสนับสนุน การจัดการบริการฯให้กับหน่วยบริการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. กระบวนการ รูปแบบการจัดการบริการ			
เพื่อให้กลุ่มประชากรหลักได้เข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม	1.สรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อวางแผนให้มีประสิทธิภาพ	1.สรุปผลการดำเนินงาน และอุปสรรคที่ผ่านมา	วิเคราะห์ช่องว่าง และมีแนวทางแก้ไข การดำเนินงานได้เหมาะสม สอดคล้อง
	2.จัดทำแผน และกลไกการดำเนินงาน ยุติปัญหาเอดส์ ตามมาตรการ RRTTR หรือมีการจัดทำแผนงาน โครงการเข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุก	1.แผนการดำเนินงาน ยุติปัญหาเอดส์ จังหวัด ฯ - หรืออย่างน้อยมีแผน โครงการจัดบริการป้องกันฯเชิงรุก ในกลุ่มประชากรหลักป้องกันฯเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลัก	มีแผนการขับเคลื่อน การยุติปัญหาเอดส์ จังหวัด โดยมีเป้าหมาย การดำเนินงาน RRTTR ชัดเจน โดยมีฉันทามติ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือ แผน โครงการจัดบริการเข้าถึง การป้องกันฯ ในกลุ่มประชากรหลัก

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>2.การประสานความร่วมมือ และ จัดกลไกการทำงาน ร่วมกัน (ประชุม /สื่อสาร)</p> <p>3.การสนับสนุนเชิงนโยบาย ระดับจังหวัด การ ขับเคลื่อนของกลไก ประสานงานระดับจังหวัด (PCM)หรือคณะอนุกรรมการ เอ็ดส์จังหวัด</p>	<p>โดยมีการตั้งเป้าหมายที่ ชัดเจนในการเข้าถึง บริการฯ แต่ละกลุ่มใน ภาพรวม จังหวัดร่วมกัน</p>
	<p>3.จัดทำแผนการจัดบริการ ป้องกันฯเชิงรุก ในระดับ ชุมชน</p>	<p>1 การจัดทำแผนที่ชุมชน (Mapping) จุตรวมตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการ - รูปแบบวิธีการดำเนินงาน - มีภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วม ดำเนินการ - มีการเจงนับสนุนกลุ่ม ประชากรหลักและสรุปเป็น ฉันทามติ จำนวนประชากร หลักที่พบจากการMapping <p>2 รูปแบบ วิธีการจัดบริการ ป้องกันฯเชิงรุก มีความ หลากหลาย เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดที่มี PWID วิธีการ รูปแบบ ในการเข้าถึงบริการ <p>3. การพัฒนาศักยภาพ แกนนำ หรือผู้จัดบริการ ป้องกันฯเชิงรุก</p>	<p>1.พื้นที่ จังหวัด หน่วย บริการ ทราบจตุรวมตัว ของแต่ละกลุ่มประชากร ทราบจำนวนกลุ่ม ประชากรหลักที่นับได้</p> <p>2. แผนการจัดบริการ ที่ สอดคล้องกับผลที่ได้จาก Mapping</p> <p>3. รูปแบบวิธีการ จัดบริการเข้าถึง ที่ หลากหลายเพียงพอและ การมีส่วนร่วมจากภาค ประชาสังคม เช่น จัด กิจกรรมในชุมชน mobile ร่วมกับแกนนำ ภาคประชาสังคม ,การ ใช้แกนนำเป็นกลไก ระดับบุคคลเครือข่าย ทางสังคม การใช้ social Media.ในการเข้าถึง -กลุ่มPWID มีการหา incentiveเพิ่มบริการ อื่นๆ</p> <p>4. ผู้ปฏิบัติได้รับการ เตรียมพร้อมในการ ดำเนินงาน สัดส่วนของ reach/ test ประมาณ 80 %</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		4.คุณภาพการดำเนินงาน - ประสิทธิภาพ ของแกนนำ / ผู้ให้บริการ ก. จำนวนคนที่ (reach) สามารถเข้าสู่ระบบบริการ (test)ได้มากน้อยเท่าใด ข. คนที่ reach เป็นคนที่มีความเสี่ยง / ไซกลุ่มที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการทำงาน ตรวจเลือดแล้วบวก	และinfection rate ในแต่ละกลุ่มประชากร น่าจะใกล้เคียงกับ Prevalence ของประเทศ เช่น MSM ประมาณ 9 % , FSW ประมาณ 2 % venue เป็นต้น
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. ระบบข้อมูล และการติดตาม สนับสนุน			
เพื่อทราบผลการดำเนินงานที่เป็นจริง และสามารถแก้ไข ปัญหาได้ทันที่	1. มีระบบข้อมูลรายงาน และมีการติดตาม วิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากรายงาน	1.การเตรียมความพร้อมในการติดตาม ด้าน ระบบข้อมูล - การจัดการระบบจัดทำข้อมูล รายงาน RTCM ให้กับผู้เกี่ยวข้อง 2 การติดตามผลการรายงาน ทั้งความครอบคลุม และการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 3 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากรายงาน 4 ความเข้าใจในตัวชี้วัด และ วิธีการคิด แหล่งข้อมูล ตั้งตั้งตัวหาร	สรุปผลการดำเนินงาน และการวิเคราะห์ผล ที่รวบรวมจากรายงาน และ ลงพื้นที่ หรือผลการประชุมอย่างน้อย ไตรมาสละ1 ครั้ง 2 ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยบริการในพื้นที่ ได้รับคำแนะนำ และแนวทางในการแก้ไข ปัญหา ระยะสั้น และ ระยะยาว
	2. มีระบบติดตามงานเชิงคุณภาพ	1 การจัดระบบ รูปแบบ กลไก การติดตาม - การติดตาม ลงพื้นที่ หน่วยบริการ หรือ -การประชุมติดตามงาน - การกำหนดประเด็นติดตาม -ทีมติดตาม/ ความถี่ 2.การสรุปผลการติดตาม	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3.การบริหารจัดการ			
เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการงบประมาณ เน้นโครงการ สปสช 2. มีแหล่งทุนอื่นในการดำเนินงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความทันเวลา ของการได้รับงบประมาณ 2. ปัญหา การจัดกลไกดำเนินงาน ภายใต้งบประมาณ สปสช .รพ.ภาคประชาสังคม 3.ระเบียบการใช้จ่ายการเชื่อมโยงงาน และระบบติดตาม ระบบข้อมูล รายงาน 	การสนับสนุนงบประมาณ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา การบูรณาการเชื่อมโยงให้เป็นภาพรวมของจังหวัดพื้นที่

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนงานโครงการการเข้าถึงบริการ ป้องกันฯเชิงรุก ที่ชัดเจน <ul style="list-style-type: none"> - กลไก รูปแบบการจัดบริการ - แผนการจัดทำแผนที่ชุมชน(Mapping) - การพัฒนาศักยภาพ การจัดทำข้อมูล และแผนการติดตาม - ตั้งเป้าหมายการเข้าถึงบริการป้องกันฯเชิงรุกภาพรวมจังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำMapping แล้ว ทราบผลจตุรวมตัว ทราบจำนวนประชากรที่นับได้ 2. พร้อมดำเนินการจัดบริการ และติดตามงาน <ul style="list-style-type: none"> - อบรมผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำข้อมูล แล้ว - พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน แกนนำ ในการจัดบริการ แล้ว 3. เริ่มดำเนินการ ผลการดำเนินงานร้อยละ 10-20 ของเป้าหมาย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการติดตามผล <ul style="list-style-type: none"> - จากระบบรายงาน รายไตรมาส - จากการลงพื้นที่ / ประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง 2 ผลการดำเนินงานอย่างน้อย ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด 3. รายงาน สรุปวิเคราะห์ ผลการเข้าถึงฯ ช่องว่าง แนวทางการแก้ไข 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ติดตามสรุปผล การรายงานตัวชี้วัด ตามเป้าหมาย และปัญหาอุปสรรคเพื่อเตรียมการในปีต่อไป 2. ผลการดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด หรืออย่างน้อยบรรลุตามเป้าหมาย ที่แหล่งทุนกำหนด จากทุกแหล่งรวมกันในภาพรวมพื้นที่

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนัก/กอง สำนักโรคเอดส์ ฯ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.สมาน พุตระกูล	ตำแหน่ง. ผู้อำนวยการ สำนัก/กอง สำนักโรคเอดส์ ฯ .	Tel. 025903201 e-mail smarnf22@gamil.com	ตัวชี้วัด
นางพรทิพย์ เข้มเงิน	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มติดตาม และประเมินผล สำนัก/กอง.สำนักโรคเอดส์ ฯ ..	Tel. 02 590 3828 Mobile 081 783 3624 e-mail : itimpont@yahoo.com	รายงานตัวชี้วัด

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2559 –2561 ตามมติคณะรัฐมนตรี ผ่านโครงการถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา กำหนดเป้าหมาย 27 จังหวัด 84 อำเภอ 84 ตำบล เปิดโครงการเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2559 ที่จังหวัดสกลนคร ในปี2559 ผลการดำเนินงานตามมาตรการคือประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระจากเป้าหมาย 76,000 ราย คัดกรองได้ 76,398 ราย ร้อยละ 100 พบประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยปัสสาวะซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นทำการพัฒนาเทคนิคตรวจทางอิมมิวโนวิทยา ซึ่งตรวจพบการติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าร้อยละ 40 กล่าวได้ว่ายังเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยในพื้นที่เสี่ยง (ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกอัตราความชุกต่ำกว่าร้อยละ5 จึงถือว่าปลอดภัย) ประชาชนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับต้องได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.ต้องเข้าไปให้ความรู้ประชาชนและครอบครัว ชุมชน ให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่กินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ ที่ไม่สุกด้วยความร้อน ถ่ายอุจจาระลงส้วมและไม่กำจัดอุจจาระและสิ่งปฏิกูลโดยปล่อยลงแหล่งน้ำสาธารณะ รวมทั้งให้มีการจัดการเรียนการสอนพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนและเยาวชนคนรุ่นใหม่ไม่ให้เกิดพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจน อปท.ออกข้อกำหนดการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชน และมาตรการที่2ประชาชนอายุ40 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อค้นหาผู้สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการรักษา (ประชาชนที่มีประวัติรับประทานอาหารประเภทปลาเกล็ดขาวปรุงดิบหรือ สุกๆดิบๆ เคยติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เคยกินยารักษาพยาธิใบไม้ตับ เป็นคนอีสาน คนเหนือ)ในปี2559 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเป้าหมาย 135,000 รายได้รับการตรวจคัดกรอง 203,974 ราย ตับผิดปกติ 75,685 ราย สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 2,242 ราย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (เป้าหมาย 600 ราย)ได้รับการผ่าตัด 881 รายเป็นคนไข้ในระยะแรก รักษาหายขาด 587 รายและรักษาแบบประคับประคอง 294 รายกล่าวได้ว่าแผนงานโครงการถวายเป็นพระราชกุศลฯ เพื่อพสกนิกรของพระองค์ที่เป็นคนยากไร้ได้รับการดูแลทันเวลาและมีชีวิตรอดไม่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาตรการที่สำคัญคือการสื่อสารสาธารณสุขให้ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจตระหนักและเห็นความสำคัญ ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคทั้งในประชาชน ครอบครัว ชุมชน แบบมีส่วนร่วม สำหรับในปี 2560 มีการดำเนินการโดยเป้าหมายการดำเนินงาน 27 จังหวัด 138 อำเภอ 209 ตำบล กระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับเป้าหมาย จำนวน 100,000ราย ให้การรักษาเมื่อติดโรคพยาธิใบไม้ตับทุกรายและเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้กลับมาเป็นพฤติกรรมกรบริโภคอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆและการถ่ายอุจจาระ/การทิ้งอุจจาระให้ถูกวิธี พร้อมทั้งจัดการเรียนการสอนให้เยาวชนคนรุ่นใหม่เข้าใจตระหนักและเห็นความสำคัญในการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองครอบครัว และชุมชน สำหรับประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่ดำเนินการจะได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์จำนวน 160,000 ราย และส่งต่อเข้าถูกกระบวนการวินิจฉัยรักษา 800 รายเมื่อพบความผิดปกติภายใน 30 วันและเมื่อรักษาหายกลับเข้าสู่ชุมชนจะมีทีมหมอครอบครัวเข้าไปติดตามต่อไปทุกกิจกรรมเหล่านี้จะลงในฐานข้อมูล

Isan Cohort ซึ่งจะติดตามผู้ป่วยในโครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ ในปี 2561 เป้าหมาย 29 จังหวัด 613 ตำบล การดำเนินงานเช่นเดียวกับ ปี 2559 2560 และภายใน 7 ปี คาดหวังจะสร้างความเข้าใจและตระหนักในพิษภัยอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้ประชาชนได้ “รู้เร็ว รักษาเร็ว ไม่ตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี” และลดการสูญเสียหัวหน้าครอบครัวผู้เป็นกำลังหลักสำคัญของครอบครัวและทางเศรษฐกิจกว่าพันล้านบาท ตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 - 2568 ต่อไป

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่

มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ

มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป

มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลาดิบ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 (เป้าหมาย 613 ตำบล)	มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือ มาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบล มีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณา	1. มีการรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนในการประชุมผู้ตรวจราชการกระทรวง 2. มีการติดตามจังหวัดที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10 อย่างต่อเนื่อง	ความก้าวหน้าและความสำเร็จในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>การกักหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p><u>มาตรการที่ 2</u> การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษาและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ</p> <p><u>มาตรการที่ 3</u> การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p><u>มาตรการที่ 4</u> การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p><u>มาตรการที่ 5</u> การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลาดิบ</p>		

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละ 5 (ของ 613 ตำบล = 31 ตำบล)	ร้อยละ 30 (ของ 613 ตำบล = 184 ตำบล)	ร้อยละ 70 (ของ 613 ตำบล = 430 ตำบล)	ร้อยละ 100 (ของ 613 ตำบล = 613 ตำบล)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริ ถาวร	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02- 5903160 โทรศัพท์มือถือ : 0815559216	
นางอรนารถ วัฒนวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มโครงการตาม พระราชดำริฯ โรค หนองพยาธิสำนัก โรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0- 25903180, 0-25918437 โทรศัพท์มือถือ : 0819753568 โทรสาร : 0-25918436 E- mail:Oranard.w@gmail.com	
นายอัมภัส วิเศษโมรา	กลุ่มโครงการตาม พระราชดำริฯ โรค หนองพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25903180, 0-25918437 โทรศัพท์มือถือ : 0984245669 โทรสาร : 0 2591 8436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี

สถานการณ์

- **ระดับโลก:** รายงานการจมน้ำระดับโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่า การจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และเอดส์ (HIV) โดยมีจำนวนการเสียชีวิตปีละ 140,219 คน
- **ประเทศไทย:** เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำสูงเป็นอันดับ 1 ซึ่งมากกว่าทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ เฉลี่ยปีละ 1,016 คน (ปี พ.ศ. 2550 - 2559) ซึ่งลดลงมากกว่าร้อยละ 50 นับตั้งแต่ปลายปี 2549
- ปี พ.ศ. 2559 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2560) เท่ากับ 713 คน หรืออัตราต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6.2
- อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า การจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ
- ปัจจัยเสี่ยงจากการจมน้ำมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มักเกิดจากปัจจัยทางด้านผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และการจัดการแหล่งน้ำภายในบ้านและบริเวณบ้าน ส่วนเด็กอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มักเกิดจากการปัจจัยด้านตัวเด็กเองที่มักชวนกันไปเล่นน้ำ ประกอบกับเด็กไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ไม่มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำและวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวมทั้งปัจจัยด้านการจัดการแหล่งน้ำบริเวณรอบๆ บ้านและในชุมชน

จังหวัดในเขตพื้นที่เสี่ยง ใช้ฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2559 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

- **พื้นที่เสี่ยงมาก (พื้นที่สีแดง):** พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป
 - จำนวน 30 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรีราชบุรี ระยอง สระแก้ว ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย สกลนคร สุรินทร์ นครราชสีมา ชัยภูมิ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ชุมพร สตูล ปัตตานี กรุงเทพมหานคร
- **พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง):** พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนเท่ากับ 5 - 7.4
 - จำนวน 21 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก อุทัยธานี กำแพงเพชร สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร นครปฐม ชลบุรี จันทบุรี มหาสารคาม นครพนม ศรีสะเกษ ระนอง สงขลา นราธิวาส
- **พื้นที่เสี่ยงน้อย (พื้นที่สีเขียว):** พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนน้อยกว่า 5
 - จำนวน 26 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน น่าน เชียงใหม่ แพร่ พะเยา แม่ฮ่องสอน เชียงราย อุดรดิษฐ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง ประจวบคีรีขันธ์ ตรารด สมุทรปราการ บึงกาฬบุรีรัมย์ มุกดาหาร ยโสธร กระบี่ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช พังงา ยะลา ตรัง พัทลุง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>1. จำนวนทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker)</p> <p>2. ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่ใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen)</p> <p>3. ร้อยละการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กที่มีการสอบสวน</p> <p>4. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก</p>	<p>1. การค้นหา/สนับสนุน/สร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ</p> <p>2. การติดตามประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดีฯ</p> <p>3. สนับสนุนให้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen)</p> <p>4. สอบสวนการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กทุกราย</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>ผู้ก่อการดี (ระดับทองแดง) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในรูปแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากร ที่มีในพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานอย่างน้อย 6 องค์ประกอบดังนี้</p> <p>1) สถานการณ์และข้อมูล ย้อนหลัง 5 ปี (ปริมาณและคุณภาพ)</p> <p>2) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (3 แห่ง)</p> <p>3) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (1 แห่ง) (สอนครูที่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอกศูนย์ฯ)</p> <p>4) การให้ความรู้ทุกเดือนในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน (3 แห่ง)</p> <p>5) การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีครูสอน 5 คน และเด็กได้เรียน 100 คน)</p> <p>6) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ (ทุก 4 เดือน)</p>	<p><u>รอบที่ 1</u></p> <p>1. จังหวัดมีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการจมน้ำเป็นรายอำเภอ ย้อนหลัง 5 ปี ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ</p> <p>2. ร้อยละ 25 ของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในพื้นที่ที่มีการที่ใช้คอกกั้นเด็ก</p> <p>3. ร้อยละการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กที่มีการสอบสวน</p> <p><u>รอบที่ 2</u></p> <p>1. จำนวนทีมผู้ก่อการดีในแต่ละจังหวัดตามที่กำหนด ดังนี้</p> <p>- เขตพื้นที่เสี่ยงมาก (แดง) และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (เหลือง): ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม</p> <p>- เขตพื้นที่เสี่ยงน้อย (เขียว): ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม</p> <p>2. ร้อยละ 50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในพื้นที่ที่มีการที่ใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen)</p> <p>3. ร้อยละ 100 ของเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำมีการสอบสวน</p> <p>4. จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด</p> <p>- พื้นที่เสี่ยงมาก ลดลงร้อยละ 25</p> <p>- พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ลดลงร้อยละ 20</p> <p>- พื้นที่เสี่ยงน้อย ลดลงร้อยละ 10</p>	<p>1. จังหวัดมี ทีมผู้ก่อการดี ตามที่กำหนด*</p> <p>2. ร้อยละ 50 ของจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่ใช้คอกกั้นเด็ก</p> <p>3. ร้อยละ 100 ของเด็กที่จมน้ำเสียชีวิตมีการสอบสวน</p> <p>4. จังหวัดมี จำนวนการเสียชีวิตลดลง ตามที่กำหนด*</p> <p>*เป้าหมายรายจังหวัดและเขตตามเอกสารแนบท้าย</p>

หมายเหตุ : ศึกษารายละเอียดตามคู่มือแนวทางประเมินผู้ก่อการดีหรือแนวทางสำหรับผู้ขอรับรอง เป็นผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ฉบับปรับปรุง พฤศจิกายน 2560 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค www.thaincd.com

เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1 จำนวนทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker)

ระดับเขต: แตกต่างกันในแต่ละเขต (เอกสารแนบท้าย 1)

ระดับจังหวัด: แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด (เอกสารแนบท้าย 2)

หมายเหตุ การคิดเป้าการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ทีมใหม่

- พื้นที่สีแดงและสีเหลือง มีจำนวนทีมอย่างน้อย ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอ
- พื้นที่สีเขียว มีจำนวนทีมอย่างน้อย ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอ

2 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่ใช้คอกกั้นเด็ก (Play pen)

ระดับเขต/จังหวัด: ร้อยละ 50 ของจำนวนเด็ก อายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่ใช้คอกกั้นเด็ก

3 ร้อยละการจมน้ำของเด็กที่มีการสอบสวน

ระดับเขต/จังหวัด: ร้อยละ 100 ของเด็กที่จมน้ำเสียชีวิตมีการสอบสวน

4 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก

ระดับประเทศ: อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีต่อประชากรเด็กแสนคน เท่ากับ 4.5 (หรือจำนวนการเสียชีวิต ไม่เกิน 540 คน)

ระดับเขต: แตกต่างกันในแต่ละเขต (เอกสารแนบท้าย 1)

ระดับจังหวัด: แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด (เอกสารแนบท้าย 2)

หมายเหตุ การคิดเป้าลดจำนวนการเสียชีวิตรายจังหวัด:

- พื้นที่สีแดง ลดลงร้อยละ 25 ต่อปี
- พื้นที่สีเหลือง ลดลงร้อยละ 20 ต่อปี
- พื้นที่สีเขียว ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี

มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) การสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ (ทีมใหม่)
- 2) เน้นกลุ่มเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปีมากขึ้น และการใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen) ในครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
- 3) การเฝ้าระวัง และการสอบสวน

แนวทางการตรวจติดตาม

- 1) จำนวนทีมผู้ก่อการดีในแต่ละจังหวัดตามที่กำหนด ดังนี้
 - เขตพื้นที่เสี่ยงมาก (แดง) และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (เหลือง): ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับของแดง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม
 - เขตพื้นที่เสี่ยงน้อย (เขียว): ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับของแดง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม
- 2) ร้อยละ 50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีมีการใช้คอกกั้นเด็ก
- 3) ร้อยละ 100 ของเด็กที่จมน้ำได้รับการสอบสวน

4) จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด

- พื้นที่เสี่ยงมาก ลดลงร้อยละ 25
- พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ลดลงร้อยละ 20
- พื้นที่เสี่ยงน้อย ลดลงร้อยละ 10

Template ตัวชี้วัด (ตาม template กสร.)

ภาพประเทศ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน

Small Success

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3 *	ไตรมาสที่ 4 *
ร้อยละ 100 ของเด็ก ที่จมน้ำทุกรายได้รับการ สอบสวน	ร้อยละ 25 ของจำนวน เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้ คอกกั้นเด็ก (Play pen)	จำนวนทีมผู้ก่อการดี ในแต่ละจังหวัด ตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด	จำนวนการเสียชีวิต ลดลงตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด

หมายเหตุ: *รายละเอียดค่าเป้าหมายรายจังหวัดตามเอกสารแนบท้าย

เป้าหมายการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
และจำนวนทีมผู้ก่อการดี ปี 2561 จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ

เขต/พื้นที่	การเสียชีวิต, อัตรา (จำนวนคน)		ผู้ก่อการดี (ทีม)	
	Baseline ปี 59	เป้าหมาย ปี 61	Baseline ปี 60 (ทีมทองแดง)	เป้าหมาย ปี 61
1	3.1 (26)	2.1 (18)	25	41
2	6.2 (37)	4.5 (27)	71	32
3	7.6 (38)	5.4 (27)	35	37
4	5.2 (46)	3.6 (32)	25	46
5	7.6 (68)	5.6 (50)	53	44
6	7.0 (77)	5.2 (57)	68	46
7	8.0 (67)	5.9 (49)	75	56
8	8.1 (82)	5.9 (60)	78	61
9	7.6 (92)	5.7 (69)	217	54
10	7.0 (58)	5.0 (42)	117	45
11	4.7 (41)	3.3 (29)	106	38
12	5.4 (60)	4.0 (45)	25	46
กทม.	2.4 (21)	1.7 (15)	0	35
ทั่วประเทศ	6.2 (713)	4.5 (520)	895	581

แหล่งข้อมูล: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2560)
วิเคราะห์: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(ข้อมูลอาจแตกต่างจากที่ กยพ. รายงาน เนื่องจากข้อมูลรายงานเดิมมีเหตุการณ์จากเรือล่มร่วมด้วย)

ตัวชี้วัดที่ 18 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน

การบาดเจ็บเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย เสียชีวิต พิการและก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั่วทุกแห่งในโลก โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน องค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ว่าในแต่ละวันจะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 3,000 คน คาดการณ์ว่าระหว่าง พ.ศ. 2543-2563 ประเทศที่มีรายได้สูงจะมีการเสียชีวิตจากการจราจรลดลงประมาณร้อยละ 30 แต่จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางถ้าปราศจากการดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม

1.1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกรายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก (Global Status Report on Road Safety, 2015) รายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ.2556 จากการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลก พบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้น คิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคนี้ และจากรายงานดังกล่าว ได้ประมาณการว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก อัตราตาย 36.2 รายต่อแสนประชากร (ประมาณ 24,237 คน) และประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของเอเชียและอาเซียน ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด และในปีงบประมาณ 2560 ที่ผ่านมา จากข้อมูลมรณะบัตร พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 19.21 ต่อประชากรแสนคน

1.2 เป้าหมายความปลอดภัยทางถนนกระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 คนต่อประชากรแสนคน ภายใน พ.ศ.2563 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ และสอดคล้องเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals หรือ SDGs โดยหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) จำนวน 17 เป้าหมาย ซึ่งในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ 3.6 ลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 การกำหนดให้ลดจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนถือเป็นก้าวครั้งสำคัญต่อประเด็นความปลอดภัยทางถนน สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับมากขึ้นว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก

สำหรับในปีงบประมาณ 2561 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ส่วนเป้าหมายในระดับเขตและจังหวัดให้ลดการจำนวนผู้เสียชีวิตลงร้อยละ 21 จากฐานข้อมูลมรณะบัตรปี พ.ศ. 2553-2555 โดยคำนวณจากค่ามัธยฐาน 3 ปี (รายละเอียดของแต่ละจังหวัดอยู่ในเอกสารแนบท้าย)

2. ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้นในปีงบประมาณ 2561

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ใน 4 มาตรการหลัก แต่จะมุ่งเน้นในประเด็นที่สำคัญ 2 ส่วนที่สามารถวัดและติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรมได้แก่

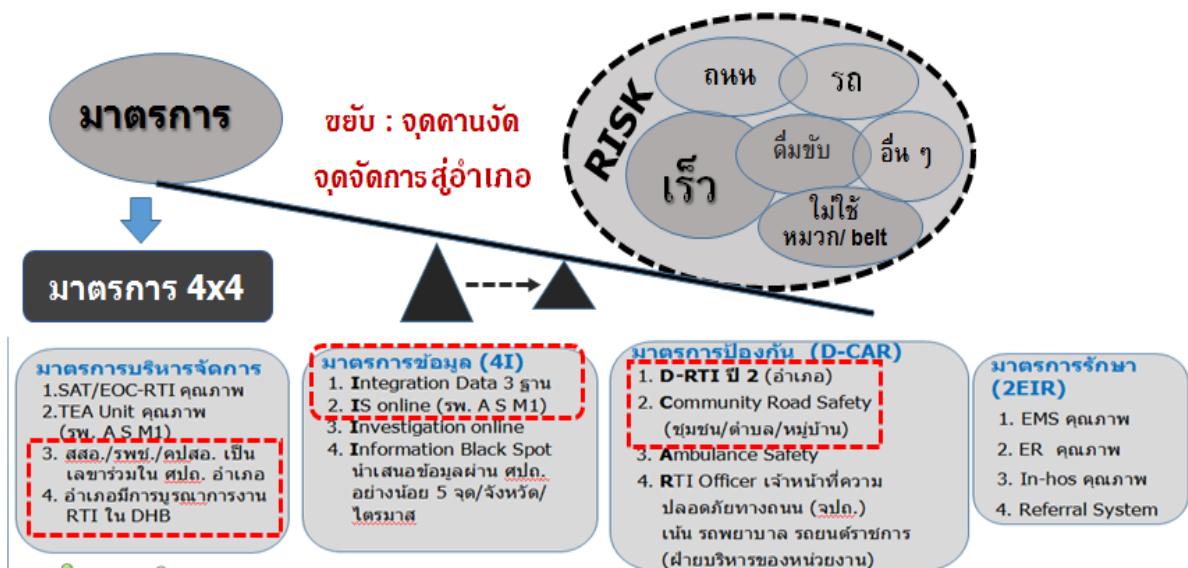
1) การขับเคลื่อนการจัดการข้อมูลให้มีความต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ IS Online และการบูรณาการข้อมูล 3 ฐานในจังหวัด ซึ่งมีความก้าวหน้าไปมากในหลายจังหวัด

2) ขยับการป้องกันที่เข้มข้นในระดับอำเภอและชุมชนมากขึ้น ได้แก่ อำเภอ (สสอ./รพช./คปสอ.) เป็นเลขาร่วมใน สปอ.อำเภอ และบูรณาการการขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) และมีกระบวนการทำงานทั้งเชิงผลผลิตและเชิงคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้โครงการ D-RTI (District-Road Traffic Injury) ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอที่ครอบคลุมทุกประเด็น ทั้งการจัดการข้อมูล การบูรณาการทีมสหสาขา การขับเคลื่อนในระดับชุมชน การจัดการจุดเสี่ยง มาตรการชุมชน มาตรการองค์กร พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลในระดับอำเภอ

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury)

เป้า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี 2561 **ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน**

*** เป้าหมายรายจังหวัด : ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 21 จากค่ามัธยฐานปี 2553-2555



3. มาตรการดำเนินงานที่สำคัญและแนวทางทางการตรวจติดตาม

หน่วยงาน	มาตรการ	การตรวจติดตามที่มุ่งเน้น
ระดับจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integration Data 3 ฐาน 2. Investigation online (ในแง่การบริหารจัดการในจังหวัด) 3. Information Black Spot นำเสนอข้อมูลจุดผ่าน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ อย่างน้อย 5 จุด/จังหวัด/ไตรมาส 4. SAT/EOC-RTI วิเคราะห์ข้อมูลสู่มาตรการป้องกันสนับสนุน อำเภอ/ท้องถิ่น 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การบูรณาการข้อมูลการตายของจังหวัดจาก 3 หน่วยงาน เป็นอย่างไร (สถานการณ์ปัญหาควรตารางแยกเป็นรายอำเภอและรายเดือน) 2) นำเสนอข้อมูลชี้เป้าจุดเสี่ยงจุดผ่าน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ
โรงพยาบาล (รพ. A S M1) และโรงพยาบาลชุมชน เฉพาะในเรื่อง Ambulance safety และ RTI Officer	<ol style="list-style-type: none"> 1. IS online (รพ. A S M1) 2. TEA Unit คุณภาพ (รพ. A S M1) 3. Ambulance Safety 4. RTI Officer เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางถนน (จปถ.) เน้น รถพยาบาล รถยนต์ราชการ (ควรเป็นฝ่ายบริหาร/ยานพาหนะของหน่วยงาน) 5. การรักษาพยาบาล EMS/ER/In-hos/Refer 	<ol style="list-style-type: none"> 1) จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินการ IS online (เฉพาะ A S M1 ในจังหวัด) 2) มีการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลในจังหวัดหรือไม่ 3) การรักษาพยาบาลจำนวนผู้บาดเจ็บทางถนนที่มีค่าที่มี Ps>0.75 เสียชีวิต ไม่เกิน 1%
ระดับอำเภอ สสอ. โรงพยาบาลชุมชน คปสอ.	<ol style="list-style-type: none"> 1. สสอ./รพช./คปสอ. เป็นเลขาร่วมใน ศปถ. อำเภอ 2. อำเภอมีการบูรณาการงาน RTI ใน DHB 3. Community Road Safety (ชุมชน/ตำบล/หมู่บ้าน) 4. D-RTI ปี 2 (อำเภอ) (District-Road Traffic Injury) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) D-RTI เป้าหมาย มีการดำเนินการอำเภอเสี่ยงสูงสุด 1 อำเภอในจังหวัด และอีก 30%ของอำเภอที่เหลือ หมายเหตุ การดำเนินงาน D-RTI จะสามารถครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเด็นด้านซ้าย

4. การกำหนด Small Success รายไตรมาส

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
<ol style="list-style-type: none"> 1. เสนอข้อมูลการตายที่เป็นทางการต่อ ศปถ. ประเทศ (ส่วนกลาง) 2. การจัดอบรม IS online (รพ. A S M1) อย่างน้อย 6 เขต (ส่วนกลาง) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ. ทุกจังหวัด (760 จุด) (สสจ.) 2. จังหวัดรายงานการบูรณาการข้อมูลครบทุกจังหวัด (สสจ.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อำเภอที่ดำเนินการ D-RTI ตามเป้าหมาย (อำเภอ/สสจ./สคร.) 2. มีการรายงานผลการสอบสวนผ่าน Investigation online ตามเกณฑ์ (พื้นที่/ส่วนกลาง) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบรายงาน IS online อย่างน้อย 80% (รพ. A S M1/ส่วนกลาง) 2. มีอำเภอ D-RTI ผ่านเกณฑ์ระดับดี 50% (161 อำเภอ) (อำเภอ/สสจ./สคร./ส่วนกลาง) 3. การชี้เป้าจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ. ทุกจังหวัด (1,520 จุด) (สสจ.) 4. จำนวนครั้งและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง (โรงพยาบาล/ส่วนกลาง) 5. ผู้บาดเจ็บจากทางถนนที่มีค่า Ps>0.75 เสียชีวิตไม่เกิน 1% (รพ. A S M1)

หมายเหตุ : 1) การพิจารณาหน่วยงานในการตอบ Small Success ให้ดูวงเล็บแนบท้ายในแต่ละข้อ
 2) เป้าหมายในแต่ละข้อจะมีการรายงานผ่านระบบ Web Base **quickwin** ของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (กสธฉ.)
<http://ict-pher.moph.go.th/quickwin/public/index.php> รายไตรมาส

5. หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
๑. นางนงนุช ตันติธรรม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ	Tel. 0 2590 3967 Mobile 08 9788 3020 e-mail: nuchtt@hotmail.com	
๒. นายขจรศักดิ์ จันทร์ พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ	Tel. 0 2590 3967 Mobile 06 4424 8855 e-mail: khajohn_j@hotmail.com	
3. นายพานนท์ ศรีสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักโรคไม่ติดต่อ	Tel. 0 2590 3967 ppanon025@gmail.com	
4. นางสาวนิตยา คณิตสาร	นักวิชาการสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. 0 2590 1967	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

สถานการณ์

โรคความดันโลหิตสูง: ข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐ พบว่าอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๒๑๙,๑๓๒.๘๘ ๙๑๓.๙๗ ๑,๑๗๘.๖๐ และ ๑,๓๕๕.๔๒ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากข้อมูลสถิติข้อมูลระบบรายงาน HDC พบว่าการคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๖,๙๐๖,๒๑๑ คน พบเป็นกลุ่มเสี่ยง ๓,๙๐๙,๘๗๖ คน และกลุ่มสงสัยป่วยรายใหม่ ๗๖๑,๙๒๒ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๕๘๒.๘๑ ต่อแสนประชากร

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (ปี๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบความชุกของความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๑.๔ หรือประมาณ ๑๑ล้านคน และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ในเพศชาย และร้อยละ ๔๐ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา มีร้อยละ ๘-๙ และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา มีเพียง ๑ใน ๔ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕(ปี๒๕๕๗) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๔.๗ หรือประมาณ ๑๔ล้านคน

โรคเบาหวาน:สถานการณ์ในประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อประชากรแสนคนและจากข้อมูลระบบรายงานHDC พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ ๒๓.๑๓ ซึ่งหากผู้ป่วยควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง หรือเท้าอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเป็น ๕๘๒.๘๑ ต่อแสนประชากร

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๖.๙ หรือประมาณ ๓,๑๘๕,๖๓๙ คน โดยเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าในเพศชาย คือ ร้อยละ ๗.๗ และ ๖ ตามลำดับ นอกจากนี้ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ จากร้อยละ ๐.๖ ในกลุ่มอายุ๑๕-๒๙ ปี และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปีร้อยละ ๑๖.๗ และที่สำคัญ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน กลุ่มอายุ ๑๕-๒๙ ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนต่ำสุดในช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี เพศชายทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนของการไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนสูงกว่าในผู้หญิงในกลุ่มอายุเดียวกันและมีสัดส่วนของผู้ที่รักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์น้อยกว่าเพศหญิงเกือบทุกกลุ่มอายุการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕(ปี๒๕๕๗) พบความชุกของโรคเบาหวาน ในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๘.๙ หรือประมาณ ๕ ล้านคน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร</p>			
<p>- อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40 -อัตราประชากรกลุ่ม สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geqร้อยละ 10</p>	<p>1. มาตรการระดับประชากร ได้แก่ การสื่อสาร สาธารณะ - การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง และการจัดการลดเสี่ยง ในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็นสุข ตำบลจัดการสุขภาพ</p> <p>2. มาตรการในสถานบริการ - การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง</p>	<p>1.การรณรงค์สื่อสาร สาธารณะ 2.การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน เช่น สถานประกอบการ ปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพและการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ สุรา 3.การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง การกำกับติดตามให้กลุ่มเสี่ยง DM/HT เข้าถึง บริการปรับพฤติกรรมลดเสี่ยง</p>	<p><u>3 เดือน</u> 1.มีแผนการรณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงโรค DM/HT ด้วยวิธีต่างๆ เช่น รณรงค์ให้ความรู้ในวันสำคัญ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) 2.มีแผนงานโครงการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสี่ยงในชุมชน 3.มีการบังคับใช้ มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา</p> <p><u>6 เดือน</u> 1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง \geqร้อยละ 80 และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.อัตราประชากรกลุ่ม สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geqร้อยละ 5</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			<p><u>9 เดือน</u></p> <p>1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง \geq ร้อยละ 90</p> <p>2.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 8</p> <p><u>12 เดือน</u></p> <p>1.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10</p> <p>2.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสียงโรค DMHT ด้วยวิธีต่างๆ เช่น รณรงค์ให้ความรู้ในวันสำคัญ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)</p> <p>2. มีแผนงานโครงการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสียงในชุมชน</p> <p>3. มีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา</p>	<p>1. มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสียง \geq ร้อยละ 80 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>2. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 5</p>	<p>1. มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสียง \geq ร้อยละ 90</p> <p>2. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 8</p>	<p>1. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. แพทย์หญิงสุนีย์ วัชรสินธุ์	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02-5903963 Mobile 089 5155911 e-mail :wsu_1978@hotmail.com	
2. นางเมตตา คำพิบูลย์	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02-5903963 Mobile..... e-mail : mettakum@gmail.com	
3. นางสาวอิสติน่า อูสนุน	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02-5903963. Mobile 098 2638472 e-mail : isteena_143@hotmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

สถานการณ์

1) ผลิตภัณฑ์อาหารสด:ผักและผลไม้สด

คณะกรรมการอาหารแห่งชาติมีนโยบายขับเคลื่อนผักและผลไม้สดปลอดภัยตลอดห่วงโซ่โดยให้บูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และภาคประชาชน(5P) และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนมาตรการการจัดการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด 3 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การยกระดับการกำกับดูแลคุณภาพและความปลอดภัยผักและผลไม้สด มาตรการที่ 2 การพัฒนาศักยภาพด้านอาหารและยา (กรณีการกำกับดูแลการนำเข้าผัก/ผลไม้) และมาตรการที่ 3 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง (National Surveillance Plan)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ออก ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผัก หรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก เพื่อยกระดับสถานที่ผลิตให้มีระบบประกันคุณภาพ และตามสอยย้อนกลับได้ มีผลบังคับใช้ในเดือนสิงหาคม 2561

ข้อมูลการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดทั่วประเทศ ปี 2558-2560 ตรวจด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย เป็นดังนี้ ผลการดำเนินงานในรอบ 3 ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 พบว่าร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 96.91 97.82 95.53 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 20 พ.ค.60 ตรวจด้วยชุดทดสอบ GT test kit ** ตรวจด้วยชุดทดสอบ GT test kit และ TM/2 test kit)

การดำเนินงานที่ผ่านมา (3 ปีย้อนหลัง) :ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดอบรมชี้แจง (ร่าง)ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ให้แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย รวมทั้งจัดทำ (ร่าง) คู่มือการขออนุญาตและพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ)ฯ

2) ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป:นมโรงเรียน

รัฐบาลมีนโยบายให้อาหารเสริมนมโรงเรียนเพื่อแก้ปัญหาการขาดสารอาหารและทุพโภชนาการในเด็กนักเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และคณะอนุกรรมการกำกับดูแลคุณภาพนมโรงเรียนได้กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการผลิตผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน 1 ครั้ง/เทอม (ปีละ 2 ครั้ง) ซึ่งนมโรงเรียนเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากหากพบปัญหาจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเด็กนักเรียน โดยในช่วงที่ผ่านมายังคงพบปัญหาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์

ดังนั้นรัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับปัญหานมโรงเรียนมากการประชุมคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์นม ครั้งที่ 5/2559 วันที่ 13 มิถุนายน2559 มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบคุณภาพนมโรงเรียน เพื่อป้องกันปัญหานมเสีย โดยในทางปฏิบัติให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มความถี่ในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานนมโรงเรียนในด้านเชื้อจุลินทรีย์เป็นประจำ ทุกเดือน และให้ อย. รวบรวมผลการดำเนินงานเสนอคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์นมทราบ หากพบว่าไม่ผ่านมาตรฐานจะได้พิจารณาดำเนินการกับสถานที่ผลิตดังกล่าวต่อไป

ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ผ่านมาเป็นดังนี้

ปีงบประมาณ	เทอม: ปีการศึกษา	ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน (ตัวอย่าง)		
		เก็บตัวอย่าง	ผ่านมาตรฐาน	ร้อยละ
2558	2/2557	100	92	92.00
	1/2558	94	87	92.55
2559	2/2558	93	86	92.47
	1/2559	87	78	88.51
2560	2/2559	79	68	86.07
	1/2560	58	50	86.21

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ผักและผลไม้สดปลอดภัย
2. นมโรงเรียนปลอดภัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1.ผักและผลไม้สดปลอดภัย			
ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 60	<ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2) สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ อย.ส่งให้ 3) สสจ.ตรวจประเมินและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิตและสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด 4) กรณีที่จังหวัดไม่มีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ สสจ.ดำเนินการ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดในสถานที่จำหน่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ร้อยละของสถานที่ผลิต(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์ 2.ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 	ผักและผลไม้สดต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณไม่เกินกว่าเกณฑ์กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2.นมโรงเรียนปลอดภัย			
ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ดังนี้ 1) ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ 2) สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต	ผลการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต	นมโรงเรียนต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1.ผักและผลไม้สดปลอดภัย			
<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดในจังหวัด ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในจังหวัด ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย ติดตามตรวจสอบการพัฒนาสถานที่ผลิต (ผักและผลไม้สด) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และตรวจประเมินซ้ำ สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเป้าหมาย รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda. moph.go.th 	<ul style="list-style-type: none"> สรุปผลการดำเนินงานและส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda. moph.go.th
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2.นมโรงเรียนปลอดภัย			
<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนและผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 2/2560 รายงานผลมายัง ออ. ทาง 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda. moph.go.th/ หรือในระบบ Dashboard 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนและผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 1/2561 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต รายเดือน รายงานผลมายัง ออ. ทาง kb@fda.

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
kb@fda. moph.go.th หรือ ในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวัง ให้ Milk board /หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ระดับจังหวัด	ของกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวัง ให้ Milk board /หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับ จังหวัด	• รายงานผลมายัง อย. ทาง kb@fda. moph.go.th หรือใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้า ระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับจังหวัด	moph.go.th/ หรือใน ระบบ Dashboard ของกระทรวง สาธารณสุข (เฉพาะ อย.) • จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้า ระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในระดับ จังหวัด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันทร์	นักวิชาการอาหารและยา ชำนาญการพิเศษ สำนักอาหาร	Tel. 02-590-7030 Mobile 089-831-3381 e-mail : planning.food@gmail.com	1.ผักและผลไม้สด ปลอดภัย 2.นมโรงเรียนปลอดภัย
2. น.ส. อธิตา ชนะสิทธิ์	นักวิชาการอาหารและยา ปฏิบัติการ สำนักอาหาร	Tel. 02-590-7030 Mobile 083-079-3508 e-mail : planning.food@gmail.com	1.ผักและผลไม้สด ปลอดภัย 2.นมโรงเรียนปลอดภัย

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สถานการณ์

สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพ ยังพบว่าเป็นปัญหาที่พบได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพทั่วประเทศและการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะเป็นกลไกสำคัญในการประเมินสถานการณ์และกำหนดแนวทางการจัดการให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีของคนไทยในที่สุด

ผลการดำเนินงานการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด 3 ปีย้อนหลัง ปี 2558-2560 พบว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	96.08	88.98	97.60

ปี 2560 พบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อวดอ้างสรรพคุณทางยา เช่น ลดความอ้วน เสริมสมรรถภาพทางเพศ พบมีการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา ปัญหาจำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจวิเคราะห์มีจำนวนมาก ทำให้การรอผลวิเคราะห์ระยะเวลานาน ผู้ประกอบการขาดความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการผลิต ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และพนักงานเจ้าหน้าที่บางส่วนขาดทักษะในการจัดการปัญหาโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ 95	1. จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. จัดทำแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ให้ครอบคลุมตามบริบทแต่ละพื้นที่	1. การจัดทำแนวทางหรือแผนงานหรือโครงการเฝ้าระวังคุณภาพ มาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของจังหวัด ซึ่งแผนดังกล่าว ควรมีประเด็นหลักประกอบด้วย เป้าหมาย (พื้นที่ หรือกลุ่มเป้าหมาย) ครอบคลุมระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงานงบประมาณและผู้รับผิดชอบ 2. ข้อมูลการเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.เพื่อ	ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น รวมถึงแผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต เทียบกับเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>3. นำผลการ Surveillance มาดำเนินการจัดการความเสี่ยง (Risk management) แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ส่วนราชการต่างๆ เป็นต้น รวมถึงดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย</p> <p>4. สื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการปัญหา</p>	

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1.การพัฒนากระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งส่วนกลาง (อย.) และส่วนภูมิภาค (จังหวัด)	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 6 เดือน	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ รอบ 9 เดือน	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหา ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2.การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1.. มีแผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	1. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	1. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงจัดทำข้อเสนอในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองแผนงานและวิชาการ/กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น(กอง คบ.)

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. ภก.อาทิตย์ พันเดช	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น(กอง คบ.)	Tel. 02-590-7383 Mobile 084-795-6951 e-mail : artypun@gmail.com	การดำเนินงานในภูมิภาค
2. น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงานและวิชาการ	Tel. 02-590-7292 Mobile 081-841-5786 e-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th	การดำเนินงานในส่วนกลาง

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

**ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**

ประเด็นที่ 1 ร้อยละสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

สถานการณ์

สถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ สามารถสรุปประเด็นที่สำคัญได้ ดังนี้
1.ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 16 กำหนดว่า “ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต”

2.ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ในข้อ 3,4 และข้อ 5 ได้แต่งตั้งให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ประกาศ ณ วันที่ 17 มีนาคม 2559)

3.สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ได้จัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.2558 การขออนุญาตประกอบกิจการและการดำเนินการคลินิก เป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งกำหนดระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้นไม่เกิน 67 วันทำการ

4.คลินิกเอกชน ที่ยื่นขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการ ต้องมีลักษณะและมาตรฐานเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล กฎกระทรวงว่าด้วยชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล กฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ฯลฯ

5.การเติบโตของธุรกิจสถานพยาบาลที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีคลินิกเอกชนที่ขออนุญาตตั้งใหม่จำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตเมืองและชุมชน ทำให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชนอย่างเคร่งครัด และกำหนดเป็นมาตรฐานกลางในการดำเนินการทั่วประเทศทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานและการให้บริการประชาชน

6.ปัจจุบันฐานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนยังกระจัดกระจาย ไม่มีศูนย์รวมของฐานข้อมูล ถึงแม้ว่ากรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะพัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานพยาบาลออนไลน์ และอบรมการใช้งานให้กับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดแล้วก็ตาม จำเป็นต้องให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลการขออนุญาตต่างๆ และธุรกรรมอื่นๆในระบบสถานพยาบาลออนไลน์ ที่ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนา เพื่อประโยชน์ในการใช้ข้อมูล การรายงาน ตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการ การบริหาร และการพัฒนางานต่อไป

7.ปัจจุบันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีหน่วยงานในระดับเขต คือสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตทั้ง 12 เขต เพื่อดำเนินการภารกิจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มอบลงไป ซึ่งงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพก็เป็นงานหนึ่งที่มอบสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ไปสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตลอดจนการถ่ายทอดตัวชี้วัดที่สำคัญของกระทรวงเพื่อชี้แจง ทำความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนแบบบูรณาการในระดับเขตพื้นที่เพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานต่อไป

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

- การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต แบบบูรณาการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต แบบบูรณาการ			
1.มีการประชุมหรือแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต เพื่อวางแผนแบบบูรณาการ	1.ทบทวนหรือแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพในระดับเขต 2.ประชุมคณะกรรมการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลสถานพยาบาล ปัญหา ระดับจังหวัด และระดับเขต รวมทั้งข้อมูลสถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง 3.จัดทำแผนงาน/โครงการ แบบบูรณาการตลอดจนถ่ายทอดตัวชี้วัด และชี้แจงคู่มือสำหรับประชาชน เพื่อเป็นมาตรฐานกลางในการดำเนินงาน 4.ดำเนินงานตามแผนงาน 5.วิเคราะห์หาความเสี่ยง 6.จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน และจัดทำรายงานประชุม	1.มีการประชุมหรือทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต 2.มีการวางแผนการดำเนินการตรวจอนุญาต/ระบุปัญหาในพื้นที่/สถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังในเขตพื้นที่ 3.มีแผนงาน/โครงการ/การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด 4.มีรายงานการประชุมคณะกรรมการทุก 6 เดือน	- การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต - การวางแผนแบบบูรณาการ - สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ขั้นตอนและระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือสำหรับประชาชน กระบวนการขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก : 67 วันทำการ)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานโรงพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์อาคม ประดิษฐ์ สุวรรณ	ผู้อำนวยการสพรศ. สำนักสพรศ.	Tel. 02-193-7000 ต่อ 18410 Mobile 081-766-2234 e-mail : akom_p@hotmail.com	ควบคุม กำกับ มาตรฐาน สถานพยาบาลเอกชน ภายใต้พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541
นางสาวประนอมณัฐา วิไล รัตน์	หัวหน้ากลุ่มคลินิก สำนักสพรศ.	Tel.02-193-7000 ต่อ 18407 Mobile 081-731-9764 e-mail : mew5555@hotmail.com	ควบคุม กำกับ มาตรฐานคลินิก ภายใต้พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (เฉพาะในกทม.)
นางพรพิศ กาลนาน	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักสพรศ.	Tel.02-193-7000 ต่อ 18415 Mobile 081-731-9771 e-mail : kanlanan@hotmail.com	ผู้นิเทศงาน เขต 4 จัดทำรายละเอียด ตัวชี้วัด
นางสาวกกุล ไสสกุล	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสพรศ.	Tel. 02-193-7000 ต่อ 18415 Mobile 087-027-3701 e-mail :mrdit@hotmail.com	ติดตามการรายงานผล ตัวชี้วัด

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ประเด็นที่ 2 ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

สถานการณ์

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2564) มีวิสัยทัศน์ของการพัฒนาให้ ความสำคัญกับการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านประเทศไทยจากประเทศที่มีรายได้ปาน กลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง มีความมั่นคง และยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และนำไปสู่การบรรลุ วิสัยทัศน์ระยะยาว “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ของประเทศ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ของประเทศเพื่อให้ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้สูงที่มีการกระจายรายได้อย่างเป็นธรรม เป็นศูนย์กลางด้านการขนส่งและโลจิสติกส์ของ ภูมิภาคสู่ความเป็นชาติการค้าและบริการ (Trading and Service Nation) มีเป้าหมายการลดความเหลื่อม ล้าในสังคม (1) การกระจายรายได้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น (2) บริการทางสังคมมีคุณภาพและมีการ กระจายอย่างทั่วถึงและมีแนวทางการพัฒนาขีดความสามารถผู้ประกอบการให้มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว และดำเนินธุรกิจท่ามกลางการดำเนินนโยบายและมาตรการการกีดกันทางการค้ารูปแบบต่างๆ เพิ่มสัดส่วน ความเป็นเจ้าของของคนไทยและสนับสนุนให้มีการขยายตลาดที่มีแบรนด์สินค้าและช่องทางการตลาดที่เป็น ของตนเองมากขึ้น และพัฒนาต่อยอดอุตสาหกรรมและบริการเพื่อเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางการผลิต บริการ และอุตสาหกรรมดิจิทัล ซึ่งธุรกิจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นธุรกิจบริการสาขาหนึ่งที่สร้างรายได้ให้กับ ประเทศอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มการขยายตัวของธุรกิจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมูลค่าการตลาดเพิ่มขึ้น ทุกปี ในปี 2558 มีมูลค่าการตลาดถึง 4.75 หมื่นล้านบาท อัตราการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี ซึ่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 มีผลบังคับใช้เมื่อ 27 กันยายน 2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม พัฒนาและควบคุม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สปาเพื่อ สุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม) และบุคลากรด้านธุรกิจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศ ซึ่งสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่าน มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด 3,157 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.30 มีผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ จำนวน 12,224 คน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

- 1.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
- 2.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและควบคุมกำกับให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด
3. การพัฒนาฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สปาเพื่อสุขภาพ ,นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม)	1.ส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่	1.มีแผนงานโครงการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
บุคลากรด้านธุรกิจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบการ ผู้ให้บริการและผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	2.มีกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบการ ผู้ให้บริการและผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	บุคลากรด้านธุรกิจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐาน
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สปาเพื่อสุขภาพ ,นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม)	3.ตรวจรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	3.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและควบคุมกำกับให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สปาเพื่อสุขภาพ ,นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม)	1.ส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	1.มีแผนงานโครงการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการพัฒนามาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
	2.สร้างและพัฒนาเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	2.มีเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัด	ชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด
	3.เฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	3.มีกิจกรรมการออกตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพก่อนและหลังการอนุญาตให้ประกอบกิจการ	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3 การพัฒนาฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
ฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัด(สปาเพื่อสุขภาพ, นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม)	1.สำรวจข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	1.มีกิจกรรมการสำรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัด	ข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สปาเพื่อสุขภาพ, นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม)ระดับจังหวัด
	2.สร้างและพัฒนาฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระดับจังหวัด	2.มีฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพ	มีระบบฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัด
	3.เชื่อมโยงฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกับระบบฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	3.มีการลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างจังหวัดและกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 50	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 55	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 60	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายพรเทพ ล้อมพรม	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ	Tel. 02- 1937000 ต่อ 18431 Mobile 097 -0986355 e-mail : porntep.taro@gmail.com	
นายชิติพัทธ์ ศรีงาม เมือง	ตำแหน่ง นักวิชาการ คอมพิวเตอร์ กองสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ	Tel. 02-1937000 ต่อ 18619 Mobile 094-9564412 e-mail : chitipat@gmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกต. แต่ละคณะ

**ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์
GREEN&CLEAN Hospital**

สถานการณ์

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 959 แห่ง โดยโรงพยาบาลสามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จำนวน 884 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.18 แบ่งเป็นระดับพื้นฐานร้อยละ 498 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.93 ระดับดี 285 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29.72 ระดับดีมาก 101 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.53 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2560) ในการดำเนินงานพบปัญหา ดังนี้

1. ด้านบุคลากรและการบริหารจัดการ

- บุคลากรของโรงพยาบาลขาดทักษะและประสบการณ์งานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
- การสื่อสารภายในโรงพยาบาลจากระดับผู้บริหารไปสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติยังไม่ชัดเจนในมาตรการและแนวทางปฏิบัติรวมถึงไม่มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมการประสานงานของบุคลากรในองค์กร
- โรงพยาบาลไม่มีระบบรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ตรวจสอบ
- ขาดฐานการเรียนรู้หรือแหล่งเรียนรู้ที่จะเป็นต้นแบบในการนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือพัฒนางานตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

2. ด้านวิชาการ 3 ประเด็นหลัก ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณและระยะเวลาในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีผลต่อค่าเป้าหมายการพัฒนาระดับพื้นฐานให้ผ่านร้อยละ 100 ได้แก่

ข้อ 2 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

ข้อ 4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก

ข้อ 6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. กระบวนการพัฒนา
2. การสร้างความยั่งยืน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. กระบวนการพัฒนา			
เพื่อให้เกิดการดำเนินงานและการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	1. รวบรวม จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาล เพื่อวางแผนสนับสนุน และยกระดับ	1. มีฐานข้อมูลทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 2. มีฐานข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	1. มีฐานข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล หาจุดเด่น จุดด้อย ของโรงพยาบาล เพื่อการสนับสนุน และการพัฒนา

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	2. จัดทำแผน กลไกการขับเคลื่อนหรือการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	1. มีแผนการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในแต่ละระดับ 2. มีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อพัฒนางาน GREEN&CLEAN Hospital	1. โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผน กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
	3. จัดให้มีการตรวจประเมินและเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงคุณภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการตรวจประเมินโรงพยาบาลครบทุกแห่งในพื้นที่	โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินร้อยละ 100
	4. ผลการตรวจประเมินเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success	มีผลการตรวจประเมินเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success	ผลการตรวจประเมินเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success
	4. มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและจัดทำแผนพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	จัดให้มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและจัดทำแผนพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	มีผลสรุปปัญหาอุปสรรคและแผนพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2. การสร้างความยั่งยืน			
เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในดำเนินงาน	1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง	มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล	บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้ และสามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
	2. สนับสนุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล	จัดให้มีระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	3. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital สู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community	มีเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital สู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community	มีเครือข่ายการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital สู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางปรียานุช บุรณะภักดี	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. 0 2590 4261 Mobile.....-..... e-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th	ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คคต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สถานการณ์

ผลจากการประเมิน การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ในปี 2560 พบว่า จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 60.53 (46 จ.) โดยมีจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 39.47 (39 จ.) จังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 46.05 (35 จ.) และจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 14.47 (11 จ.) คือ อุทัยธานี กำแพงเพชร นครสวรรค์ สมุทรสาคร ระยอง จันทบุรี ชลบุรี ตราด สมุทรปราการ ภูเก็ต และ สตูล ทั้งนี้ จังหวัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินครบทั้ง 6 ประเด็น

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานจำแนกรายประเด็น จะพบว่า

- 1) จังหวัดมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ร้อยละ 73.68 (56 จ.)
- 2) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อศจ.) ร้อยละ 77.63 (59 จ.)
- 3) มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 78.95 (60 จ.)
- 4) จังหวัดมีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) ร้อยละ 85.53 (65 จ.)
- 5) มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน ร้อยละ 69.74 (53 จ.)
- 6) มีการสนับสนุนและพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 69.74 (53 จ.)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

- 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (การบันทึกข้อมูลในระบบ NEHIS) การมีสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม
2. การสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)
3. การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) และตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) และ รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องตามกฎหมาย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (การบันทึกข้อมูลในระบบ NEHIS) การมีสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>			
<p>จังหวัดมีระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) 2. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 3. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 4. มีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 	<p>จังหวัดมีฐานข้อมูล มีระบบการเฝ้าระวัง และมีสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 การสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p>			
<p>จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 2. มีรายงานการประชุม และมีมติการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) 3. มีการติดตามการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 	<p>จังหวัดสามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3 การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) และตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) และ รพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องตามกฎหมาย			
จังหวัดมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA) ตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) และรพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องตามกฎหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ใน อปท. 2. มีการดำเนินงานตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 3. มีการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมาย ในโรงพยาบาล (รพศ./รพท./รพช) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินงาน ควบคุม กำกับและติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ใน อปท. 2. มีฐานข้อมูล อปท. ผ่านเกณฑ์รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) 3. มีการดำเนินงานตำบลที่มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 4. มีข้อมูลโรงพยาบาล (รพศ./รพท./รพช) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมาย 5. มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณที่ได้รับการจัดการจากแหล่งกำเนิด 	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ จัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมาย

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 75 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมิน โดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 90 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ <u>ระดับพื้นฐาน</u> (ประเมิน โดย ศอ. และ สคร.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย และ กรมควบคุมโรค

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวพาสนา ชมกลิ่น	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์ นโยบายและแผน ชำนาญการ สำนัก/กองประเมินผล กระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย	Tel. 02-5904202 Mobile 084-7141092 e-mail : pasana.c@anamai.mail.go.th	รายละเอียดในตัวชี้วัด ประเด็นที่ 1-5 และ ภาพรวมตัวชี้วัด
นางสาวณราวดี ชินราช	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนัก/กอง สำนักโรค จากการประกอบอาชีพ ฯ กรมควบคุมโรค	Tel. 0 2590 4380 Mobile : 080-8872449 e-mail : cnaravadee@gmail.com	รายละเอียดในตัวชี้วัด ประเด็นที่ 6

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ทีม service plan สาขา อายุรกรรม มีการนำตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย ใหม่ (output and process) มาใช้เป็นแนวทางการตรวจราชการ ในทุกจังหวัดและทุกเขต	ทีม service plan สาขา อายุรกรรม มีการจัดทำฐานข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย ใหม่ (output and process) ในทุกจังหวัดและทุกเขต	ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย ใหม่ (output and process) มีความถูกต้องของข้อมูล ในทุกจังหวัดและทุกเขต	ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อย ใหม่ (output and process) ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ มากกว่า 40 จังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. จัดทำคู่มือ การจัดตั้งทีม Capture the Fracture แก่พื้นที่ 2. จัดอบรมให้ความรู้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3 และ 13	1. จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12	1. จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10	มีการจัดตั้งทีม Capture the Fracture ครบทั้ง 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม 6 Building Block

1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)	ทีม Capture the fracture คือ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนโดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)
2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)	จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Capture the fracture ในทุกเขตสุขภาพ
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)	เก็บข้อมูลจาก National Registry แล้วจัดส่งที่โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
4. ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipments)	คู่มือการจัดตั้งทีมและการดำเนินการโครงการ Capture the fracture, สื่อส่งเสริมการดำเนินโครงการ อาทิ แผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติประชาชนทั่วไป
5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)	งบประมาณในการพัฒนา ทีม Capture the fracture 5 ล้านบาทต่อปี
6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance)	ตามนโยบายแห่งชาติที่ต้องการให้มีทีม Capture the fracture เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่ม ศูนย์การแพทย์เฉพาะ ทางด้านออร์โธปิดิกส์ โรง พยาบาลเลิดสิน กรมการ แพทย์	Tel.02-353-9844 Mobile e-mail : somsakortho@gmail.com	Capture the Fracture

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
รพ.ระดับ A S M1 มีการวางแผนการเชื่อมฐานข้อมูลโรงพยาบาลโปรแกรมทะเบียนมะเร็งและรายงานตัวชี้วัดเพื่อเชื่อมกับ HDC/Thai Cancer Based	มีความพร้อมในการเปิดบริการให้ยาเคมีบำบัดสำหรับมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในรพ. ระดับ M1	ติดตามการเชื่อมฐานข้อมูลโรงพยาบาลกับ HDC/ Thai Cancer Based ใน รพ.ระดับ A S M1	ติดตามการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ของ รพ. ระดับ M1

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด สาขาโรคมะเร็ง ปี 2559 แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 1

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เชียงราย	172	125	72.67	211	170	80.56	154	148	96.1
เชียงใหม่	146	98	67.12	247	202	81.78	101	71	70.30
น่าน	156	138	88.5	123	115	93.50	43	40	93.02
พะเยา	99	90	90.91	51	47	92.16	28	24	85.71
แพร่	82	64	78.04	70	65	92.85	64	61	95.31
แม่ฮ่องสอน	9	9	100	9	9	100	2	2	100
ลำปาง	75	62	82.67	97	85	88.54	80	75	93.75
ลำพูน	69	77	89.61	76	73	96.05	24	22	91.67
รวม	808	663	82.05	884	766	86.65	496	443	89.31

เขตสุขภาพที่ 2

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตาก	67	47	70.15	48	41	85.42	ส่งต่อ		
พิษณุโลก	250	169	67.6	453	314	69.32	305	197	64.59
เพชรบูรณ์	147	106	72.1	115	98	85.2	72	49	95.8
สุโขทัย	192	181	94.27	110	106	96.37	206	198	96.12
อุตรดิตถ์	215	174	80.93	260	181	69.62	87	73	83.91
รวม	871	677	77.73	986	740	75.05	670	517	77.16

เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครสวรรค์	550	492	89.45	482	408	84.65	150	105	70
กำแพงเพชร	86	58	67.4	93	77	82.8	55	31	56.4
พิจิตร	139	116	83.45	120	100	83.33	53	24	42.3
อุทัยธานี	84	60	71.43	91	73	80.21	84	38	45.2
ชัยนาท	84	60	71.43	91	73	80.21	84	38	45.2
รวม	924	782	84.63	851	719	84.49	396	225	56.82

เขตสุขภาพที่ 4

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
สระบุรี	89	71	79.78	136	102	75	27	26	96.3
ลพบุรี			87.5			78.1			83.3
ปทุมธานี	83	74	89.15	30	26	86.6	35	28	80
นนทบุรี	88	70	79.55	5	4	80	54	49	90.74
พระนครศรีอยุธยา	83	64	77.1	36	34	94.44	22	11	45.45
อ่างทอง	64	59	92.19	2	2	100	48	29	64.44
สิงห์บุรี	39	38	97.43	21	15	71.42	7	6	85.71
นครนายก	85	79	92	39	34	87.18	34	25	73.52
รวม	531	455	86.84	269	217	84.09	227	174	77.43

เขตสุขภาพที่ 5

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ราชบุรี	117	109	93.16	210	97	46.19	211	123	56.9
ประจวบคีรีขันธ์	157	134	85.35	85	77	90.59	45	25	55.55
สมุทรสงคราม	39	39	100	23	18	78.26	NA		
นครปฐม	512	401	78.32	419	356	84.96	NA		
สุพรรณบุรี	151	125	82.78	148	120	81.08	53	29	54.72
เพชรบุรี	82	66	80.49	55	45	81.82	ส่งต่อ 5 ราย		
กาญจนบุรี	154	130	84.42	42	27	64.29	NA		
สมุทรสาคร	129	114	88.37	297	252	84.84	4	3	75
รวม	1341	1118	83.37	1279	992	77.56	313	180	60.54

เขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
จันทบุรี	346	279	80.64	224	134	59.82	176	83	47.16
ฉะเชิงเทรา	222	179	81	87	73	83.9	102	44	43
ชลบุรี	560	257	45.89	2441	2108	86.35	1118	499	44.63
ตราด	44	44	100	53	32	50.38	51	36	70.59
ปราจีนบุรี	94	80	85.11	20	20	100	3	2	66.67
ระยอง	98	78	78.59	165	141	85.45	105	60	57.14
สมุทรปราการ	226	181	80.08	275	223	81.09	70	60	85.7
สระแก้ว	92	72	78.26	69	43	76.81	16	5	31.25
รวม	1682	1170	69.56	3334	2774	83.20	1641	789	48.08

เขตสุขภาพที่ 7

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กาฬสินธุ์	89	82	92.13	88	79	89.77	3	3	100
ร้อยเอ็ด	265	175	66.04	347	299	86.17	59	58	98.31
มหาสารคาม	38	37	97.37	34	31	91.18	11	11	100
ขอนแก่น	135	102	75.56	72	57	79.17	95	81	85.26
รวม	527	396	75.14	541	466	86.14	168	153	91.07

เขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อุดรธานี	249	192	77.11	300	227	75.66	309	280	90.61
หนองคาย	69	50	72.46	67	57	85.07	81	73	90.12
นครพนม	55	46	83.64	16	16	100	57	51	89.47
เลย	70	48	68.57	77	75	97.4	104	95	91.35
สกลนคร	69	46	66.67	50	40	72.73	149	125	83.89
บึงกาฬ	2	2	100	NA			52	46	88.46
หนองบัวลำภู	50	42	84	23	23	100	72	59	81.94
รวม	564	426	75.53	533	438	82.17	824	729	88.47

เขตสุขภาพที่ 9

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ชัยภูมิ	74	47	63.51	84	67	79.76	NA		
นครราชสีมา	423	355	83.92	438	388	88.58	1300	1165	89.62
บุรีรัมย์	143	105	73.43	207	142	68.6	NA		
สุรินทร์	219	168	76.71	236	188	79.66	450	415	91.55
รวม	859	675	78.58	965	785	81.35	1750	1580	90.29

เขตสุขภาพที่ 10

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มุกดาหาร	42	30	97	42	40	95	35	30	86
ยโสธร	67	67	100	67	65	97	74	60	81
ศรีสะเกษ	263	246	93.5	143	132	92.3	109	86	78.89
อำนาจเจริญ	24	24	100	24	23	96	42	37	88
อุบลราชธานี	376	289	77	377	265	70	358	287	80
รวม	756	651	86	653	525	80	618	500	81

เขตสุขภาพที่ 11

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กระบี่	NA	NA	85	NA	NA	NA	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
นครศรีธรรมราช	NA	NA	92.59	NA	NA	73.33			86.67
ระนอง									
พังงา	33	31	94	20	18	90	21	19	90.48
ภูเก็ต	57	30	74	65	54	83.08	NA	NA	90
ชุมพร	NA	NA	80	NA	NA	83	Refer หาดใหญ่ และสุราษฎร์ธานี รอข้อมูล		
สุราษฎร์ธานี	44	18	40.9	131	106	80.92	49	39	79.59
รวม	134	79	77.75	216	178	82.07	70	58	86.69

เขตสุขภาพที่ 12

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตรัง	10	8	80	28	26	92	33	30	96.7
นราธิวาส	NA	NA	65.38	NA	NA	72.73	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
ปัตตานี	32	27	84.37	16	13	81.25	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
พัทลุง	37	31	83.8	24	21	87.5	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
ยะลา	131	106	80.91	87	66	75.86	36	21	58.33
สงขลา	249	210	84.34	223	194	87	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
สตูล	31	20	64.52	23	16	69.57	Refer หาดใหญ่ รอข้อมูล		
รวม	490	402	77.62	401	336	80.84	69	51	73.91

รายการแก้ไขรายละเอียดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2561 หลัง วันที่ 19 ตุลาคม 2560

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน

โรงพยาบาลระดับ	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	70	80	90	100
A, S	80	80	90	100
M1, M2, F1, F2	40	40	50	60

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน A1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด B1 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน = $(A2/B2) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	90	-	90

ปี 2564:

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

ปี 2561:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
A, S	-	80	-	80
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40

ปี 2562:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
A, S	-	80	-	80
M1, M2, F1, F2	-	40	-	40

ปี 2563:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
A, S	-	90	-	90
M1, M2, F1, F2	-	50	-	50

ปี 2564:

โรงพยาบาลระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
A, S	-	100	-	100
M1, M2, F1, F2	-	60	-	60

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์
- เกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน 17 ข้อ
- ประชุมมหกรรมวิชาการ “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” ประจำปี 2556-2560
- ประชุมสัมมนา “การคลอดมาตรฐานและการดูแลทารกแรกเกิด” สำหรับโรงพยาบาลชุมชน 4 ภูมิภาค ปี 2557-2558
- การติดตาม ประเมินผล ระบบบริการด้านการคลอดมาตรฐานในเขตสุขภาพ 4 ภูมิภาค ปี 2557-2560
- อบรมเชิงปฏิบัติการ “การทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ใช้ทุนและพยาบาลผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชน” ปี 2558-2560

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 6945405 โทรสาร : 02-3548084 kasem_saeree@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. ผศ.นพ. สมบูรณ์ ศรศุกรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548084 3156052 โทรสาร : 02-3548084 chanapatman@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี</p>	<p>ที่ปรึกษา โทรศัพท์มือถือ : 081- E-mail : หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โทรศัพท์มือถือ : 081- E-mail :</p>
---	---	--

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) × 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

1.2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (A/B) × 100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

–(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ติดต่อหน่วยรับผิดชอบ	ถึงที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การคลอดมาตรฐาน

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)
- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน $(A/B) \times 100$	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน $(A/B) \times 100$	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การคลอดมาตรฐาน

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)
- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 80%)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ A, S ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน(A/B)×100	
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)				

2) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (> 40%)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ M1, M2, F1, F2 ทั้งหมด (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (A/B)×100	
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือ ก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจปล้ำความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างานการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด — ภายใน 24 ชั่วโมง 2. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (ก1หรือ CE) แก่สำนักงาน — สาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัย 4. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดาต่อกรมอนามัยภายใน 30 วัน 1. โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง สสจ.รายงานศูนย์อนามัยภายใน 7 วัน 2. รายงานสืบสวนการตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัยและกรมอนามัยภายใน 30 วัน 3. รายงานผลการ Conference maternal death case
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด(นับตามจังหวัดที่ตาย)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1-2-3 และ 4 ไตรมาส 4 หมายเหตุ การรายงานข้อมูล : ทุกเดือน
วิธีการประเมินผล :	กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี) 2. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อย	<p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก</p> <p>2. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)</p> <p>3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน</p>
คำนิยาม	<p>เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2)</p> <p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- การคัดกรองพัฒนาการเด็ก หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>- เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)แล้วผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที(1B262) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>- เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p> <p>- เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)</p> <p>- เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย									
	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						
	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก								
	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90						
	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า								
	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20						
	ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน								
	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน — โครงสร้าง 43 แฟ้ม 2. ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม								
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก — ผ่านครบ 5 ด้าน								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการ — ติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน								
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจ — คัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด								
รายการข้อมูล 1	A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด								

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) ที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที(1B262) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)								
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2								
รายการข้อมูลที่ 6	F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A+B)/C}{B} \times 100$ <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) = $(B/A) \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) = $\frac{(C+D)/B}{B} \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน = $(E/C) \times 100$ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $(F/B) \times 100$ 								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)								
เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ ร้อยละของเด็กไทยอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ดังนี้									
ปี 2561:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80						
ปี 2562:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80						
ปี 2563:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						

ปี 2564 :

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

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ 4 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม)

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า

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

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่า

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

Small Success :

3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
1. เข้าร่วมประชุมของ คณะอนุกรรมการพัฒนา เด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board ในเรื่องพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยพร้อมข้อเสนอแนะ (ในเรื่องตัวชี้วัดความ ครอบคลุม สงสัยล่าช้า ติดตาม)			

<p>2. มีแผนการขับเคลื่อน ส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไก ระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน ชุมชน เช่น แผนงานบูรณา การพัฒนาเด็กปฐมวัย การรณรงค์ในพื้นที่ เป็นต้น</p>	<p>2. มีการขับเคลื่อนตามแผนฯ และกำกับติดตามให้ได้ตาม เป้าหมาย ๖ เดือน *</p>	<p>2. กำกับติดตามการ ดำเนินงานตามแผนฯให้ได้ เป้าหมาย ๙ เดือน * และ ส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่</p>	<p>2. สรุปผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการ พัฒนางานต่อไป</p>
<p>3. งบประมาณจากทุกแหล่ง ทุน ควรเน้นการใช้เงินทุน ให้ตรงกับสถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ทั้งเรื่องความ ครอบคลุมการคัดกรอง ค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าและ กระตุ้นติดตาม เช่น สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ จัดหาคู่มือ/อุปกรณ์ พัฒนา ศักยภาพการคัดกรอง พัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM ของบุคลากร และ การอำนวยความสะดวกในการกลับมาประเมินซ้ำ</p>	<p>3. ประเมินผลการดำเนินงาน ตามงบประมาณ</p>	<p>3. กำกับติดตามการ ดำเนินงานตามแผนฯให้ได้ เป้าหมาย ๙ เดือน</p>	<p>3. ดำเนินงานครบถ้วน ตามเป้าหมายที่กำหนดใน แผน</p>
<p>4. มีแผนการกระจายคู่มือ ใฝ่ระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับที่มี QR Code และ Clip VDO - ฉบับ Paper - ฉบับ E- Book และแบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. มีการกระจายคู่มือฯและ แบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. ตรวจสอบ กำกับ ติดตามการกระจายคู่มือฯ และแบบสำรวจการใช้ DSPM Online ให้ทั่วถึง</p>	<p>4. สรุปผลการสำรวจการใช้และความต้องการ DSPM ร่วมกับจัดทำแผน ขอสนับสนุนการกระจาย คู่มือฯปีต่อไป</p>

5. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจและส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้คู่มือDSPM มากขึ้น	5. ขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ	5. กำกับติดตามขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ	5. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้คู่มือ DSPM อย่างเข้าใจและส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองใช้คู่มือDSPM มากขึ้นและสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนา
6. สื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในเรื่อง พัฒนาการสมวัย ผ่านช่องทาง Website, Social media เพื่อให้บุคลากรและพ่อแม่ ผู้ปกครอง เกิดความเข้าใจ ความตระหนัก และนำไปปฏิบัติได้	6. เพิ่มช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในเรื่อง พัฒนาการสมวัย ฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	6. ประเมินผลเพื่อพัฒนาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ฯ	6. บุคลากรและพ่อแม่ ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและสามารถปฏิบัติในเรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
7. ชี้แจงทำความเข้าใจให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กรับทราบ ”มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2560”	7. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้จัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐	7. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้ประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐	7. ศูนย์เด็กเล็กจัดบริการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ และมีการประเมินตนเองอย่างน้อยร้อยละ ๗๐
	8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 6 เดือน *	8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 9 เดือน *	8. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
			9. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20

			10. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่พบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นและ ติดตามกลับมาประเมิน พัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 100																													
วิธีการประเมินผล :	<p>ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย</p> <p>ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)</p> <p>*การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน</p>																															
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 เชื่อมคลิป์วิดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 5. คู่มือมีสมแม่ 6. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 7. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ 																															
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>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการ สมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>N/A ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์</td> <td>90.6 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)</td> <td>96.5 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 58 เริ่มมีการใช้งานใน HDC เป็นข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก เฉพาะช่วงอายุ 42 เดือน และไม่ได้ติดตามพัฒนาการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">Baseline data*</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) * (HDC 2560)</td> <td>80.5</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ไม่มีข้อมูล</td> <td>ไม่มีข้อมูล</td> <td>80.5</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	N/A ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์	90.6 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)	96.5 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)	ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) * (HDC 2560)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	80.5
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
		2558	2559	2560																												
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	N/A ข้อมูลระบบ HDC ยังไม่สมบูรณ์	90.6 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)	96.5 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็ก อายุ 9-18-30-42 เดือนและ รวมติดตาม)																												
ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																													
			2558	2559	2560																											
1. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการเด็ก (ความครอบคลุม) * (HDC 2560)	80.5	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	80.5																											

2. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ** (HDC 2560)	16.0	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	12.0	16.0
3. ร้อยละของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตาม* (HDC 2560)	73.3	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	57.0	73.3
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย* (HDC 2560)	95.8	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	90.6	95.8

***ผลงาน HDC ตค 2559 – กย 2560 ณ. 12 พย.2560**

หมายเหตุ : การตั้งค่าเป้าหมายปี 2561 ที่ร้อยละ 85 คิดจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า

1. เด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (**Developmental Disabilities**) มีค่าประมาณอยู่ที่ ร้อยละ 3.5 - 24.0 (โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่ร้อยละ 13.9 และประเทศอิสราเอลพบที่ร้อยละ 8.9)

2. มีรายงานการพบเด็กที่มีโรคพัฒนาการล่าช้า (**Developmental Disabilities**) เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี (1997-2008) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.1 ประเทศไต้หวันพบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0

ดังนั้นการตั้งค่าเป้าหมายเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยที่ ร้อยละ 85 จึงเป็นค่าเฉลี่ยที่อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	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

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : (โดยใช้ PIRAB)

- P: - บูรณาการ 4 กระทรวง ด้วย 4 H (Heart Head Hand Health) และเพิ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับSDG เป้าหมาย 2 - ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย โดยผ่านกลไกคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและคกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมทั้งสมัชชาสุขภาพในพื้นที่
- I: ส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย โดยใช้งบประมาณสปสช., งบPP, เขตสุขภาพ, จังหวัด, อปท., กองทุนสุขภาพตำบล และเอกชน
- R: ติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
- A: - สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media
- B: -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานมหัศจรรย์1,000 วันแรกของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC/WCC และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โปรแกรมออนไลน์, applicationเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี, infographic, motion graphic, VTR มหัศจรรย์ 1000 วัน best practice จังหวัดที่มีความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูงมากกว่าร้อยละ 90 การดำเนินงานมหัศจรรย์1,000 วันแรกของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC/WCC และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

Small Success :

กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ส่วนกลาง	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำ VTR และเอกสารมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิตเพื่อเสนอกรม. ประกาศนโยบายมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต จัดทำแนวทางการดำเนินงานการดำเนินงานมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ขับเคลื่อนมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย สื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โปรแกรมออนไลน์, application ใ้รางวัล การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี, infographic, motion graphic, VTR มติศจรรย 1000 วัน และ best practice 	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ โปรแกรมออนไลน์, application ใ้รางวัล การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี, infographic, motion graphic, VTR มติศจรรย 1000 วัน และ best practice ในพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลัง 	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ โปรแกรมออนไลน์, application ใ้รางวัล การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี, infographic, motion graphic, VTR มติศจรรย 1000 วัน และ best practice ในพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลัง 	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ โปรแกรมออนไลน์, application ใ้รางวัล การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี, infographic, motion graphic, VTR มติศจรรย 1000 วัน และ best practice ในพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลัง
กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เขตสุขภาพ /จังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> ถ่ายทอนโยบาย มติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิตและ ต่าบลส่งเสริมเด็ก อายุ 0-5 ปี สูงดีสม ส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ให้แก่พื้นที่ทุกระดับ ขับเคลื่อนงานผ่าน คกก.พัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) จัดทำแผนงาน/ โครงการรองรับ นโยบาย 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 50 ของ จังหวัดมีนโยบาย มติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิตและ ต่าบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย บุคลากรสาธารณสุข ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม สตรีและเด็กรับทราบ นโยบาย พร้อมทั้งมี แผนงาน/โครงการ พัฒนาให้เกิด ต่าบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และ ขับเคลื่อนงานมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 80 ของ จังหวัดมีนโยบาย มติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิตและ ต่าบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย บุคลากรสาธารณสุข ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม สตรีและเด็กรับทราบ นโยบาย พร้อมทั้งมี แผนงาน/โครงการพัฒนา ให้เกิด ต่าบล ส่งเสริมเด็ก อายุ 0-5 ปี สูงดีสม ส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการ สมวัย และขับเคลื่อนงาน มติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 100 ของ จังหวัดมีนโยบาย มติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิตและ ต่าบล ส่งเสริม เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสม ส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการ สมวัย บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรี และเด็กรับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/ โครงการพัฒนาให้เกิด ต่าบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และ ขับเคลื่อนงานมติศจรรย 1,000 วันแรกของชีวิต

<p>อำเภอ / ตำบล/ ระบบบริการ</p>	<p>1. ถ่ายทอดนโยบาย มหัทศวรรษ 1,000 วันแรกของชีวิตและ ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ให้แก่พื้นที่ทุกระดับ</p> <p>2. ขับเคลื่อนงานผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p>3. จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับนโยบาย</p>	<p>1. ร้อยละ 30 ของจังหวัด มีตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 10 ของอำเภอขับเคลื่อนงาน มหัทศวรรษ 1000 วัน และตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>1. ร้อยละ 40 ของจังหวัดมี ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 20 ของอำเภอขับเคลื่อนงาน มหัทศวรรษ 1000 วันและ ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>	<p>1. ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ</p> <p>2. ร้อยละ 40 ของอำเภอขับเคลื่อนงานมหัทศวรรษ 1000 วันและตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่าน คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานมหัทศวรรษ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) 5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 6. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 7. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 8. VTR มหัทศวรรษ 1,000 วันแรกของชีวิต 			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน	46.3*	ร้อยละ	-	46.3	47.4
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย=111**	เซนติเมตร	-	-	-
	หญิง=109**	เซนติเมตร	-	-	-

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน	46.3	ร้อยละ	46.3	47.4	49.5
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	109.7	109.6	110
	หญิง=108.6	เซนติเมตร	109.1	108.9	109.4

*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่เต็มจากเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
วิธีการประเมินผล :	<p>1.จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและดำเนินการตามแผน</p> <p>1.2 จัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รณรงค์ดีมีนมจี๊ด ปีละ 2 ครั้ง วันเด็กแห่งชาติและวันดีมีนมโลก - พัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ - กิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก นม <p>ไข่ที่เป็นรูปธรรม</p> <p>—ร่วมกับศูนย์อนามัยจัดกิจกรรมประกวดเมนูผักเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>

	<p>- จัดมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกสำหรับเด็กไทยสูงสมส่วนแข็งแรง IQ EQ ดี</p> <p>1.3 คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในระบบ service plan</p> <p>1.4 ผลักดันให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 แห่ง</p> <p>1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ.</p> <p>1.6 รวบรวมสรุปและสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขตตามรายไตรมาส ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ - จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจัดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก - จำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจัดและกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุก - รายงานจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ สถานบริการสาธารณสุข <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 รายงานงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p> <p>2.2 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p>
--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี											
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2561</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 40 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td> <td>ไม่เกิน 38 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td> <td>ไม่เกิน 36 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td> <td>ไม่เกิน 34 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน</td> </tr> </tbody> </table>				ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ไม่เกิน 40 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 38 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 36 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 34 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564									
ไม่เกิน 40 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 38 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 36 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 34 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับ นายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่าง ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาและข้อมูลอัตราการคลอดใน ระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน											
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 2.ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)											
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)											
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)											
รายการข้อมูล 3	A2 : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ ผ่านมา/อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC											
รายการข้อมูล 4	B2 : อัตราการคลอด (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2											

	<p>ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3</p> <p>ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000</p> <p>2. Adjusted = Ax B</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล/ทุก 1 ปี (ไตรมาส 4 : ติดตามผลทุกไตรมาส)</p> <p>รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561)</p> <p>= ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)</p> <p>รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561-กรกฎาคม 2561)</p> <p>= ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)</p>

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
40	40	40	40

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

- ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องและการทำงานในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม
 - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร
 - การประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
 - มีแผนงานโครงการและการดำเนินงานที่บูรณาการเครือข่าย องค์กรต่างๆ ในพื้นที่โดยเฉพาะกับหน่วยงานในสังกัด 5 กระทรวงหลักตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ศธ / พม./ สธ/ รง./ มท.)
- พัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ และระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่หลากหลายครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่น
- พัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และอำเภออนามัย

การเจริญพันธุ์

4. การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

5. สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลายหลายตรงตามความต้องการ

Small Success

หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานส่วนกลางมีการสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 เช่น การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ และการติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) - มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - มีการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS อำเภออนามัย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโรงพยาบาลอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับอำเภอที่ยังไม่รับการเยี่ยมประเมิน - มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัว และการให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร สำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่น - มีบริการให้คำปรึกษาและการส่งต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหาล่วงหน้าอย่างรวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมในทุกยุทธศาสตร์ - มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้แก่วัยรุ่นและเยาวชน - สุ่มเยี่ยมประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และ YFHS - การเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลที่ประเมินครบ 3 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน

	<p>การเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน YFHS 				
ศูนย์อนามัย/เขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดที่บูรณาการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ระดับภาค - มี อปท.อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่งเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - ศูนย์อนามัย สำนักควบคุมโรคศูนย์สุขภาพจิต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ และอำเภอมีการดำเนินงานตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ - บุคลากรได้รับการอบรมความรู้และทักษะการให้บริการคุมกำเนิดอย่างครอบคลุมและเพียงพอต่อการจัดบริการให้แก่วัยรุ่น - มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 ครั้ง - ระบบการให้บริการคุมกำเนิดให้แก่วัยรุ่นมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม และหลากหลายตรงตามความต้องการของวัยรุ่น - อัตราการคลอดในระดัขเขตลดลงตามเป้าหมายเขตสุขภาพ 	
อำเภอ/รพศ./รพช./รพท. ระดับพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลและอำเภอที่ยังไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินได้รับการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาล และอำเภอที่ยังไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ และอำเภอ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 	

	และ อำเภอนามัยการ เจริญพันธุ์ - โรงพยาบาลที่ผ่านการ ประเมินครบ 3 ปี จัดทำข้อมูลผล สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี จัดทำแผนประเมิน ตนเองและนวัตกรรม	อนามัยการเจริญพันธุ์ จัดทำแบบประเมิน ตนเอง และ Hospital profile และขอรับการ เยี่ยมประเมิน	เช่น การเยี่ยมบ้าน การ ให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่างๆ	ละ 5 - อำเภอผ่านเกณฑ์การ ประเมินอำเภอนามัย การเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5	
วิธีการประเมินผล :	เป็นการวัด Impact ประชากรกลางปีของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง ใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC adjusted สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	<p>ฐานข้อมูลประชากรกลางปีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2569) มาตรฐานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(ฉบับบูรณาการ) และแนวทางการประเมินตนเอง คู่มือก้าวสู่อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น คู่มือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คู่มือพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น 				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)														
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	12. ร้อยละของ Healthy Ageing														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) (สสจ./ รพศ./ รพท./ รพช./ รพ.สต.)														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL</th> <th>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)</th> <th>ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ</th> <th>ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รวมทั้งประเทศ</td> <td>80.12</td> <td>6.55</td> <td>40.22</td> <td>26.87</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1</p> <p>3. อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ร้อยละ 16.9 25.7</p> <p>4. ร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรฯ)</p> <p>5. มีการนำร่องดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ใน 28 แห่ง ของ 12 เขตสุขภาพ</p> <p>(ที่มา 2-3 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557) (ที่มา 2,4 : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557) (ที่มา 3: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2557)</p>					รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes	รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87
รวมทั้งประเทศ/ เขตสุขภาพ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการ ช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่ม 2+3)	ร้อยละของผู้ สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรองโรคและ ปัญหาสำคัญ	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง Geriatric Syndromes											
รวมทั้งประเทศ	80.12	6.55	40.22	26.87											

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	กระทรวง
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: พชอ.) ตาม (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติ กรรณิรมย์ E-mail : kittisny@gmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466 โทรสาร : 02-5901802 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ E-mail : yyt2508@gmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 โทรสาร : 02-5901239</p> <p>2. นพ.ธีรพงศ์ ตุนาค E-mail : - โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466 โทรสาร : 02-5901802</p> <p>3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร E-mail : peed.pr@hotmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 โทรสาร : 02-5901239</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข E-mail : kavalinc@hotmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454 โทรสาร : 02-5901631</p> <p>2. นางสมสินี เกษมศิลป์ E-mail : somnee@hotmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 โทรสาร : 02-5901631</p>

	<p>3. นางเอื้อมพร จันทรทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรสาร : 02-5901239</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800 E-mail : dhb.moph@gmail.com</p>
	<p>4. นายทองดี มุ่งดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรสาร : 02-5901501</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555 E-mail : mungdee@health.moph.go.th</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก				
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW)ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : Harm reduction (สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับPWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแมน/เมธาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) <u>ทั้งนี้มีรูปแบบการจัด/ให้บริการ ดังนี้ หมายเหตุ</u></p> <p>ก. การให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ</p> <p>ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น</p> <p>ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม</p> <p>ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายถึงรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงาน ในพื้นที่</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>-ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค</p> <p>-ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค www.boe.moph.go.th/aids/ /สำนักโรคเอดส์ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละ		NA	41	42

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p>	<p>1. นพ. สมาน พูตระกูล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 2. พญ. วลัยรัตน์ ไชยฟู โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>ผู้อำนวยการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>1. นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พญ.มณฑินี วสันตอุบลโกศากร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903828 โทรสาร : 02-9659153</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 E-mail : itimpornt@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <p>———— 1) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดย ต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการรักษา และติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย</p> <p>———— 2) จัดการเรียนรู้การเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน เยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหาร ปลอดภัยจากพยาธิในพื้นที่ กระบวนการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>———— 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน</p> <p>———— 4) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน</p> <p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่</p> <p>มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการ แพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตาม หลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของ กระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติด เชื้อ</p> <p>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และ สร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลาดี</p>

<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง 29 จังหวัด</p> <p>2) เพื่อสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง</p> <p>— ท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพในพื้นที่เสี่ยง</p> <p>1. เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และให้การรักษา</p> <p>2. เพื่อให้ประชาชน และเยาวชนในพื้นที่เป้าหมายการดำเนินการได้รับความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>3. เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283,265 ราย ในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แพร่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย และ สระแก้ว (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)</p> <p>1. ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 613 ตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย แพร่ ลำพูน และ สระแก้ว (เขตสุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)</p> <p>2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ จำนวน 200,000 คน</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort)</p> <p>เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan-cohort แหล่งข้อมูล</p> <p>1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย คือ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10</p> <p>2. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ สคร. 1, 6, 7, 8, 9, 10</p> <p>2. โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ (Isan-cohort) ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</p>

รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานครบ 5 มาตรการ																																												
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์																																												
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ (200,000 ราย)																																												
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลไตรมาส 1, 2, 3 และ 4																																												
วิธีการประเมินผล :	<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>≤ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table> <p>1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ต้องมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">การดำเนินงานตามมาตรการ</th> <th colspan="4">ไตรมาส</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานไตรมาสที่ 4 ต้องดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้</p> <p>2.1 ตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการ สิ่งปฏิภูล ลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรค และมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ</p> <p>2.2 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระ และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย (คัดกรองตำบลละ 905 ราย ในพื้นที่ดำเนินการใหม่ และติดตามตรวจผู้ติดโรคซ้ำในพื้นที่ดำเนินการเดิม)</p> <p>2.3 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธี อัลตราซาวด์ (เป้าหมาย 200,000 ราย)</p> <p>2.4 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัดผ่าหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>2.5 องค์กร สร้างกระแสปลูกปลาสุกและสนับสนุนผู้ประกอบการในการปลูกปลาลอดพยาธิ เพื่อให้ผู้ประกอบการประกอบผลิตภัณฑ์ปลาลอดพยาธิและบังคับใช้กฎ หมายให้เป็นรูปธรรม การให้ความรู้/อบรมกับผู้ประกอบการ ทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ</p>	1	2	3	4	5	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≤ร้อยละ 90	การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส				1	2	3	4	มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓
1	2	3	4	5																																									
≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≤ร้อยละ 90																																									
การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส																																												
	1	2	3	4																																									
มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓																																									
มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓																																									
มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓																																									
มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓																																									
มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓																																									

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903160 โทรศัพท์มือถือ : 081-9891978 โทรสาร : 02-5918432 E-mail : drrungrueng@hotmail.com</p> <p>1. นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903160 โทรศัพท์มือถือ : 081-5559216 โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นางอรนถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคนอนพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>3. นายอัมภัส วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคนอนพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางอรนถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคนอนพยาธิโรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com</p> <p>2. นายอัมภัส วิเศษโมรา กลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคนอนพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 084-5147012 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : tao_ampas@hotmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรคกรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ																
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี																
คำนิยาม	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>พื้นที่เสี่ยงมาก (พื้นที่สีแดง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสมคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป (จำนวน 30 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรี ระยอง สระแก้ว ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย สกลนคร สุรินทร์ นครราชสีมา ชัยภูมิ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี ชุมพร สตูล ปัตตานี กรุงเทพมหานคร)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสมคนเท่ากับ 5 - 7.4 (จำนวน 21 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พิชณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก อุทัยธานี กำแพงเพชร สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร นครปฐม ชลบุรี จันทบุรี มหาสารคาม นครพนม ศรีสะเกษ ระนอง สงขลา นราธิวาส)</p> <p>พื้นที่เสี่ยงน้อย (พื้นที่สีเขียว): พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสมคนน้อยกว่า 5 (จำนวน 26 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน น่าน เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย อุดรดิตถ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง ประจวบคีรีขันธ์ ตรวาท สมุทรปราการ บึงกาฬบุรีรัมย์ มุกดาหาร ยโสธร กระบี่ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช พังงา ยะลา ตรัง พัทลุง</p>																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>2. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม</p>																
แหล่งข้อมูล	<p>1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p> <p>2. ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม</p>																
<p>เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)</p> <p>ปี 2561 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>≤ 135 คน</td> <td>≤ 270 คน</td> <td>≤ 405 คน</td> <td>≤ 540 คน</td> </tr> </table> <p>ปี 2562 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>≤ 120 คน</td> <td>≤ 240 คน</td> <td>≤ 360 คน</td> <td>≤ 480 คน</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน														

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 105 คน	≤ 210 คน	≤ 315 คน	≤ 420 คน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≤ 90 คน	≤ 180 คน	≤ 270 คน	≤ 360 คน

เกณฑ์การประเมิน : เป้าหมายระดับจังหวัด

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน*	รอบ 12 เดือน*
ร้อยละ 100 ของเด็ก ที่จมน้ำทุกราย ที่ได้รับการสอบสวน	ร้อยละ 25 ของจำนวน เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้ คอกกันเด็ก (Playpen)	จำนวนทีมผู้ก่อการดี ในแต่ละจังหวัด ตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด	จำนวนการเสียชีวิต ลดลงตามค่าเป้าหมาย ที่กำหนด

หมายเหตุ: *รายละเอียดค่าเป้าหมายรายจังหวัดสามารถ download ได้ที่ www.thaincd.com

เป้าการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ทีมใหม่:

- พื้นที่สีแดงและสีเหลือง มีจำนวนทีม
อย่างน้อย ร้อยละ 70 ของจำนวนอำเภอ
- พื้นที่สีเขียว มีจำนวนทีม
อย่างน้อย ร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอ

เป้าลดจำนวนการเสียชีวิตรายจังหวัด:

- พื้นที่สีแดง ลดลงร้อยละ 25 ต่อปี
- พื้นที่สีเหลือง ลดลงร้อยละ 20 ต่อปี
- พื้นที่สีเขียว ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>1.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>2.1 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>2.1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ</p> <p>2.2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม.หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
2561	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10
2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20
2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = $(A/B) \times 100$ 2. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(C/D) \times 100$		

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 30	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 80	อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 3 5	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 5 8	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16
HT	-	-	-	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิม ภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและไขมัน)

3. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 เดือน

4. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 วิธี

* วิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดตามเอกสารแนบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	อัตรา	2.09	2.40	2.07 รอบ 9 เดือน (ข้อมูล HDC ณ 30 มิ.ย.60)

	<p>อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขต</p> <p>รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p>	อัตรา	-	-	-
ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>2. นางเมตตา คำพิบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903963</p> <p>3. นายกัณทพล ทัฬหสูน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>3. นางสาวอิสติน่า อูนูน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร				
ระดับการแสดงผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560*
	1. อาหารสด		-	-	-
	1.1 ผักผลไม้สด	ร้อยละ			
	2. อาหารแปรรูป				
	2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.26	91.11	86.13 92.64
หมายเหตุ: * ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 30 กันยายน 2560					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นายชาติชาย ตั้งทรงสุวรรณ (ประเด็นการดำเนินการทางกฎหมาย) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ : 081-1746236 โทรสาร : 02-5918462 E-mail : chaitang@fda.moph.go.th</p> <p>2. นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ (ประเด็นผักและผลไม้สด) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907406 โทรศัพท์มือถือ : 084-1192288 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : lawdreamt@gmail.com</p> <p>3. นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ (ประเด็นนมโรงเรียน) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907218 โทรศัพท์มือถือ : 081-0557988 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : fda.schoolmilk@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางสาวกนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาววรรวรัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 2. นางสาววรรวรัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460 2. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรสาร : 02-5918460</p>	<p>นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-8313381 E-mail : planning.food@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : 081-9255350 E-mail : planning.food@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 E-mail : planning.food@gmail.com</p>
	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>	

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่งข้อมูลสถานที่ (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก (ข้อมูลจากวันที่ 30 สิงหาคม 2560) เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กำหนดสถานที่ผลิตเป้าหมายในการดำเนินงาน ภายในวันที่ 15 กันยายน 2560 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1)</p> <p>2. สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ อย. ส่งให้ และยืนยันจำนวนสถานที่ผลิตเป้าหมายและระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560</p> <p>3. สสจ. ตรวจสอบประเมินและพัฒนาความพร้อมสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดังนี้</p> <p>3.1 ครั้งที่ 1 (ภายในเดือน ธันวาคม 2560)</p> <p>3.1.1 สสจ. ตรวจสอบประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)</p> <p>3.1.1.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์</p> <p>(1) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ที่มีอยู่ในสถานที่ผลิตเป้าหมาย และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1</p> <p>(2) ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)</p> <p>3.1.1.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านตามเกณฑ์</p> <p>(1) กรณีสถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านการตรวจประเมินในครั้งที่ 1 เป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างภายหลัง</p>

จากการพัฒนาสถานที่ผลิตเป้าหมายมายัง อย. ภายในวันที่ 15 มกราคม 2561

(2) ให้คำแนะนำในการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในการตรวจประเมินครั้งที่ 1 ทุกแห่งตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด และดำเนินการตามแนวทางข้อ 3.2 (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2 ครั้งที่ 2 (ภายในเดือน มีนาคม 2561—ระหว่างเดือนมกราคม 2561 – มีนาคม 2561)

3.2.1 ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านในครั้งที่ 1 โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัด)

3.2.1 กรณีสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1

สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง

ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แดงกว่า พริก เป็นต้น **เก็บตัวอย่างปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง**

ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แดงโม เป็นต้น **เก็บตัวอย่างปริมาณ 2 กิโลกรัม/ตัวอย่าง**

2) นำตัวอย่างผักหรือผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น ถูพลาสติก คาดเทพกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถูแล้วคาดเทพกาวพันรอบปากถู

3) ติดป้ายชี้บ่ง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อ-ที่ตั้งสถานที่เก็บตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือน้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการขนส่ง)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต จะส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการเอกชน (ซึ่งสำนักอาหารจะแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมอีกครั้ง)

3.2.2 กรณีเป็นสถานที่ผลิตเป้าหมาย ขอให้ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดทุกชนิดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1

3.2.2 กรณีสถานที่ผลิตไม่ผ่านเกณฑ์ในครั้งที่ 1 และได้รับคำแนะนำในการพัฒนา

1) สสจ. ตรวจประเมินสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดนั้น โดยใช้

หลักเกณฑ์การตรวจ ตามบัญชีหมายเลข 2 และใช้บันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ไม่นำมาคิดเป็นตัวชี้วัดนี้)

2) สสจ. ส่งรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และส่งเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th และ law.dreamt@gmail.com หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

3) สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1) และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และรายงานในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

โดยมีวิธีการเก็บตัวอย่างตามที่ระบุแล้วข้างต้น

3.2.3 ส่งแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 และเอกสารบันทึกการตรวจ ตส. 13 (60) มายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

4. กรณีที่จังหวัดไม่มีสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ สสจ. ดำเนินการ ดังนี้

4.1 กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 1-1) และส่งกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25 กันยายน 2560

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ณ สถานที่จำหน่ายค้าปลีกหรือค้าส่งในจังหวัดนั้น และรายงานผลในแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายต่อไป (ภายในเดือนธันวาคม 2560)

4.3 รายงานผลการดำเนินงานทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th หรือส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ

1. ปริมาณตัวอย่างผักและผลไม้สดที่เก็บเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ แสดงในเอกสารชี้แจง KPI Template ในส่วนของภาคผนวก

2. การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า

• “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

• ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)”

4. กิจกรรมการเฝ้าระวังผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ดำเนินการช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 – กรกฎาคม 2561) (ใช้สำหรับกรณีจังหวัดที่ไม่มีสถานที่ผลิต (คัดบรรจุ)

ผักและผลไม้สดที่เข้าข่ายตามประกาศฯ) ขอให้ สสจ. ดำเนินการดังนี้

4.1 กำหนดสถานที่และระยะเวลาที่จะดำเนินการเฝ้าระวัง ณ สถานที่จำหน่าย ใน
ปีงบประมาณ 2561 ตามแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัดที่ 1-2)
และส่งกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 25
กันยายน 2560

4.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ตามบัญชีหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศกระทรวง
สาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 1)
และ บันทึกข้อมูลใบนำส่งตัวอย่างผักและผลไม้สด (ตามเอกสารแนบ 2) และ รายงานใน
แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2

วิธีการเก็บตัวอย่าง :

1) ปริมาณตัวอย่าง
ตัวอย่างขนาดเล็กหรือขนาดกลาง เช่น ส้ม แดงกว่า พริก เป็นต้น เก็บตัวอย่าง
ปริมาณ 1 กิโลกรัม/ตัวอย่าง
ตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น กะหล่ำปลี แตงโม เป็นต้น เก็บตัวอย่างปริมาณ 2
กิโลกรัม/ตัวอย่าง

2) นำตัวอย่างผัก หรือ ผลไม้ มาบรรจุในภาชนะบรรจุสำหรับเก็บตัวอย่าง เช่น
ถุงพลาสติก คาดเทปกาวปิดภาชนะบรรจุที่บรรจุตัวอย่าง โดยให้รวบปากถุงแล้วคาดเทปกาว
พันรอบปากถุง

3) ติดป้ายชี้แจง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ชื่อตัวอย่าง ชื่อ-ที่ตั้งสถานที่เก็บ
ตัวอย่าง จำนวนหรือปริมาณ วันที่เก็บ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง บนภาชนะที่บรรจุตัวอย่างเรียบร้อย
แล้ว (ควรเก็บรักษาไว้ในอุณหภูมิเย็น หรือบรรจุอุปกรณ์รักษาความเย็น (เช่น ice pack หรือ
น้ำแข็ง) ไว้ในกล่องที่เก็บตัวอย่างด้วย เพื่อควบคุมอุณหภูมิของผลิตภัณฑ์ตลอดระยะเวลาการ
ขนส่ง)

4.3 ตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในวัน
จันทร์-พุธ ภายในเดือนที่กำหนด โดยส่งไปยังสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่าง ดังนี้

1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “ผักและผลไม้สด” ด้วยตัวอักษรสีแดง
2) ในช่องหมายเหตุระบุว่า
- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด โครงการพัฒนาสถานที่ผลิต
(คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด งบประมาณ พ.ศ. 2561
- ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (กอง
คป.)

หมายเหตุ การเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ส่งตรวจวิเคราะห์
ณ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้
งบประมาณที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตัดโอนไปให้สำหรับใช้ในกิจกรรม
ดังกล่าว

5. สสจ. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือ แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น) โดยรายงาน ดังนี้

ครั้งที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภายใน 20 ธ.ค. 60
2	ภายใน 20 มี.ค. 61
3	ภายใน 20 พ.ค. 61

หมายเหตุ : ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

6. ~~อช. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ~~

6. การสนับสนุนจากส่วนกลาง (สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

6.1 งบประมาณ

1) สำหรับการลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ประเมินและพัฒนาผู้ประกอบการ และสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่าย (แล้วแต่กรณี) โดยโอนงบประมาณให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) สำหรับการตรวจวิเคราะห์สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในผักและผลไม้สดตามประกาศฯ โดยโอนงบประมาณให้กับทางห้องปฏิบัติการ

6.2 คู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด

7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ

โทรศัพท์ 02-590-7406

ผู้ประสานงาน : นางสาวกนกเนตร รัตนจันท/~~นางสาววรรวรัญช์ พูลสวัสดิ์~~นางสาวทิตา
ชนะสิทธิ์ /นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ

โทรศัพท์ 02-590-7030

ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน

ส่วนกลาง

1. น.ส. กนกเนตร รัตนจันท นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030

โทรศัพท์มือถือ : 089-831-3381

โทรสาร : 02-591-8460

E-mail : planning.food@gmail.com

~~2. น.ส. วรรวรัญช์ พูลสวัสดิ์~~

~~ตำแหน่ง : นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ~~

~~โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030~~

~~โทรศัพท์มือถือ : 081-925-5350~~

~~โทรสาร : 02-591-8460~~

~~E-mail : planning.food@gmail.com~~

2. น.ส. ทิตา ชนะสิทธิ์

นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7030

โทรศัพท์มือถือ : 083-079-3508

โทรสาร : 02-591-8460

E-mail : planning.food@gmail.com

3. นางสาวมนสุวีร์ ไพชำนาญ

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907030 โทรศัพท์มือถือ : 081-3685725 โทรสาร : 02-5918460 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตัวชี้วัดที่ 1-1 หรือแบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง อย. ทางไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น)</p>
--	---

	<p>สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานตัวชี้วัดที่ 2 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และส่งข้อมูลกลับมายัง ออ. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : kb@fda.moph.go.th หรือเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น)</p>
--	---

ตารางแสดงคำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับน้ำหนักตัวอย่างผลิตภัณฑ์และจำนวนหน่วยที่เก็บ ต่อ 1 ตัวอย่าง

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ x หน่วย
1	ผักและผลไม้สด	1 กิโลกรัม x 1
2	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ปริมาณรวม 100-กรัม ทั้งชนิดแห้งและชนิดเหลว
2	นมโรงเรียน (ชนิดพาสเจอร์ไรส์หรือยูเอชที)	ชนิดละ 200 มิลลิลิตร x 18 ตัวอย่าง

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง คลินิกเอกชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานพยาบาลเอกชน) หมายถึง คลินิกเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) และ ได้รับการตรวจเอกสารหลักฐาน และตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และระยะเวลาของกระบวนการขออนุญาต เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน หลักฐานเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ - กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) หมายถึง กระบวนการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินจากผู้อนุญาตหรือคณะที่ผู้อนุญาตแต่งตั้งมีมติว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมาตรฐานด้านการให้บริการ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90-100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90-100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90-100	สถานพยาบาลเอกชน (รายใหม่) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 90-100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90-100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90 100	สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 90 100
สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 65	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 70	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 75	สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย ร้อยละ 80

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

สถานพยาบาลเอกชน

1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410

โทรสาร : 02-1495631

2. นางพรพิศ กาลนาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415

โทรสาร : 02-1495631

3. นางสาวกกุล ไสสกุล

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18415

โทรสาร : 02-1495631

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

1. นายพรเทพ ล้อมพรม

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619

โทรสาร :

2. นายชิติพัทธ์ ศรีงามเมือง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18619

โทรสาร :

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและ
การประกอบโรคศิลปะ

โทรศัพท์มือถือ : 081-7662234

E-mail : akom_p@hotmail.com

โทรศัพท์มือถือ : 081-7319771

E-mail : kanlanan@hotmail.com

โทรศัพท์มือถือ : 0870273701

E-mail : mrdit@hotmail.com

โทรศัพท์มือถือ : 097-0986355

E-mail: porntep.taro@gmail.com

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail : chitipat@gmail.com

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ตามที่กรมอนามัยกำหนด) เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน)</p> <p>3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินและรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงาน รายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบ รายงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย ตามรอบการประเมิน 2. ระบบศูนย์ข้อมูล cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม เดือนละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี</p> <p>A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p>
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากในเขต
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป = $((A1+A2+A3)/B) \times 100$ 2. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป = $((A2+A3)/B) \times 100$

	<p>3. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p> $= (A3/B) \times 100$ <p>4. ร้อยละของจำนวนจังหวัดในเขตที่มีโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก</p> $= (C/D) \times 100$																																																																																				
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</p> <p>3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน</p> <p>3. แผ่นพับและโปสเตอร์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www. http://env.anamai.moph.go.th</p>																																																																																				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภท สถาน พยาบาล</th> <th rowspan="2">จำนวน (แห่ง)</th> <th colspan="6">โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</th> </tr> <tr> <th>การ จัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>การ ดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> <th>การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ.</td> <td>28</td> <td>28</td> <td>100</td> <td>17</td> <td>60.7</td> <td>17</td> <td>60.7</td> </tr> <tr> <td>รพท.</td> <td>88</td> <td>86</td> <td>97.7</td> <td>49</td> <td>55.7</td> <td>48</td> <td>54.6</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>780</td> <td>720</td> <td>92.3</td> <td>288</td> <td>36.9</td> <td>275</td> <td>35.3</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>896</td> <td>834</td> <td>93.1</td> <td>354</td> <td>39.5</td> <td>340</td> <td>37.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการ ————— สาธารณสุขร่วมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็น ————— มิตรกับสิ่งแวดล้อม”</p> <p>————— 2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของโรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวง ————— สาธารณสุข</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่ได้รับการประเมิน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>0.63</td> </tr> <tr> <td>ไม่ผ่านเกณฑ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>7.30</td> </tr> <tr> <td>ระดับพื้นฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>51.62</td> </tr> <tr> <td>ระดับดี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>29.93</td> </tr> <tr> <td>ระดับมาก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>10.53</td> </tr> <tr> <td>ระดับพื้นฐานขึ้นไป</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>92.08</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital เริ่มใช้ในปี 2560 เป็นปีแรก</p>	ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ						การ จัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การ ดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7	รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6	รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3	รวม	896	834	93.1	354	39.5	340	37.9	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	-	-	0.63	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	7.30	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	-	51.62	ระดับดี	ร้อยละ	-	-	29.93	ระดับมาก	ร้อยละ	-	-	10.53	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	92.08
ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)			โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ																																																																																	
		การ จัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การ ดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ																																																																														
รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7																																																																														
รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6																																																																														
รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3																																																																														
รวม	896	834	93.1	354	39.5	340	37.9																																																																														
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																																																			
		2558	2559	2560																																																																																	
ไม่ได้รับการประเมิน	ร้อยละ	-	-	0.63																																																																																	
ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	7.30																																																																																	
ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	-	-	51.62																																																																																	
ระดับดี	ร้อยละ	-	-	29.93																																																																																	
ระดับมาก	ร้อยละ	-	-	10.53																																																																																	
ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	92.08																																																																																	

มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

P: สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอย่างบูรณาการ และผลักดันให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best practices ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	I: สนับสนุนให้เกิดบูรณาการการเชื่อมโยงทรัพยากรในการพัฒนาและขับเคลื่อนงาน	R: สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายเพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital อย่างเป็นรูปธรรม	A: ส่งเสริมให้เกิดกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายที่เข้มแข็งระดับกระทรวง ขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	B: เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
--	--	--	--	---

Small Success :

กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เป้าหมายผลการดำเนินงาน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับ พื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับ ดีขึ้นไป ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับ พื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง
โรงพยาบาล	1. ประกาศนโยบายการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 2. ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital วิเคราะห์ และวางแผน	1. มีระบบการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การประเมินผลความพึงพอใจผู้มารับบริการและวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ใน	1. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน 2. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN	1. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN สู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN Community

	<p>ปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน</p> <p>3. สื่อสารขับเคลื่อนและพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม</p> <p>4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/แนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN& CLEAN Hospital</p> <p>5. มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำกับติดตามทบทวนผลการดำเนินงานประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>โรงพยาบาล</p>			
จังหวัด	<p>1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อจัดกลุ่มวางแผนการพัฒนาระดับ</p> <p>2. จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p>	<p>1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล</p> <p>3. เชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา GREEN Hospital</p>	<p>1. กำกับติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตจังหวัด</p> <p>2. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อนำไปสู่การพัฒนา</p> <p>ร่วมกัน</p>	<p>1. จัดทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุน</p>	

	<p>เพื่อให้การสนับสนุน</p> <p>3. สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล</p> <p>4. จัดทีมตรวจประเมิน และลงพื้นที่ตรวจประเมิน</p>	<p>สู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community</p>			
เขต	<p>1. จัดทำฐานข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับเขตสุขภาพ จังหวัด เพื่อวางแผนการสนับสนุน</p> <p>2. สร้างภาคีเครือข่ายและกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกัน</p>	<p>1. พัฒนากลไกการสนับสนุนและการกำกับติดตาม</p> <p>2. จัดทีมส่งเสริมและทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนการพัฒนาเชิงคุณภาพ</p>	<p>1. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best practices</p> <p>2. กำกับติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพ</p>	<p>1. บูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง</p>	
กระทรวง	<p>1. จัดทำฐานข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด เพื่อวางแผนการสนับสนุน</p> <p>2. สื่อสาร</p>	<p>1. พัฒนากลไกการสนับสนุนและการกำกับติดตาม</p> <p>2. พัฒนากลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนา</p>	<p>1. จัดทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุน</p>	<p>1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล วิเคราะห์และจัดทำแผนบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. วิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	

		<p>ประชาสัมพันธ์ โครงการ GREEN&CLEAN Hospital สร้าง การรับรู้ การ สื่อสารสาธารณะ และสร้างการมี ส่วนร่วม โรงพยาบาล</p>				
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>		<p><u>ผู้กำกับตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4049 โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4254 โทรสาร :</p> <p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>1. นางปรียานุช บุรณะภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางสาวมลฤดี ตรีวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรสาร : 02-5904255</p> <p>2. นางพรสุดา ศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail: drwachira99@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์มือถือ : E-mail: siriwan.c@anamai.mail.go</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th</p>				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 90 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 50 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 70 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 60 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 60 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 75 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 90 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2562

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ	ร้อยละ 40 30 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 40 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 80-50 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 60 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 70 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดยศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 100 80 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ร้อยละ 50 40 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 60 50 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)	ร้อยละ 70 60 ของจังหวัด มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดย ศอ. และ สคร.)

วิธีการประเมินผล :

1. การประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)
2. ศูนย์อนามัย (ศอ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด)
3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาพรวมของประเทศ

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึก	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 7 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน	1.1 มีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับหรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 9 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายสำคัญ และ

	<p>ข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่อง ความน่าเชื่อถือ และ ทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้ง ประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือ ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น เน้น งานตามนโยบายและประเด็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ใน การวางแผน แก้ไขปัญหา อย่างบูรณาการในพื้นที่</p>	<p>ระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมี การจัดการเรื่องความ น่าเชื่อถือ และทันสมัยของ ข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้ง ประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือ ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 3 ประเด็น เน้น งานตามนโยบายและประเด็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ วางแผน แก้ไขปัญหาอย่าง บูรณาการในพื้นที่</p>	<p>ประเด็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน ระบบ NEHIS มีการ วิเคราะห์ และนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปัญหา รวมทั้ง มีการจัดการเรื่องความ น่าเชื่อถือ และทันสมัย ของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้ง ประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อ สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม หรือปัญหา ตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงาน ตามนโยบายและประเด็น ปัญหาสำคัญในพื้นที่ และ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ใน การวางแผน แก้ไขปัญหา อย่างบูรณาการในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่ม หลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</i></p>			
<p>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)</p>			
	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้าน กฎหมายและการอนามัย สิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/ แผนการดำเนินงานของ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งข้าราชการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้าน กฎหมายและการอนามัย สิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/แผน การดำเนินงานของ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p>	<p>2.1 มีคำสั่งแต่งตั้ง ข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงาน ด้านกฎหมายและ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.2 มีโครงการ/กิจกรรม/ แผนการดำเนินงานของ</p>

	<p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลใน ประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่ การประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการ ตามมติของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 2 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการ ประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหารและ ขับเคลื่อนการปฏิบัติตาม กฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p>	<p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลใน ประเด็น ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่ การประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการ ตามมติของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 3 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงานการ ประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหารและ ขับเคลื่อนการปฏิบัติตาม กฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบใน การขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัดเช่น การแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้ง คณะทำงานโดยมีประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้ง คณะทำงานระหว่างจังหวัด เพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณา การ เป็นต้น</p>	<p>คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูล ในประเด็นด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของพื้นที่หรือ การส่งเสริมและสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ ท้องถิ่นเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 ประเด็น</p> <p>2.5 มีมติจากการประชุม และมีการติดตามการ ดำเนินการตามมติ ของคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัด</p> <p>อย่างน้อย 5 มติ</p> <p>2.6 มีการจัดทำรายงาน การประชุมคณะกรรมการ สาธารณสุขจังหวัดและ ส่งรายงานมายัง คณะอนุกรรมการบริหาร และขับเคลื่อนการปฏิบัติ ตามกฎหมาย ว่าด้วยการ สาธารณสุข</p> <p>2.7 มีการกำหนดรูปแบบ ในการขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการสาธารณสุข จังหวัดเช่น การแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ,การ แต่งตั้งคณะทำงานโดยมี ประชาชน มีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงาน ระหว่างจังหวัดเพื่อทำงาน ร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น</p>
--	--	---	--

			<p>2.8 มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเสนอต่อคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>			
	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p>	<p>3.1 มีฐานข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประกอบด้วย</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p> <p>3.2 มีข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ คือ</p> <p>(1) รพ.สังกัดสธ. ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพสต.</p> <p>(2) รพ.สังกัดกรมวิชาการ สธ.</p> <p>(3) รพ.สังกัดหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ</p> <p>(4) รพ.เอกชน และคลินิกเอกชน</p> <p>(5) สถานพยาบาลสัตว์</p>

4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุน</u> ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3. ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุน</u> ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุน ให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p>	<p>4.1 มีแผนการดำเนินงานควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น <u>และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้</u> บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ <u>และมีการถ่ายทอดสื่อสาร</u> นโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>4.3 ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)</p> <p>4.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา : Instructor)</p> <p>4.5 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการ</p>

			<p>อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น (EHA) ระดับเกียรติบัตร อย่าง น้อย 1 แห่ง และเป็นต้นแบบการ จัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม</p>
<p>หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา</p>			
<p>5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</p>			
<p>5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว</p> <p>5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>5.1 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>5.2 เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>5.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน</p>	
<p>6. มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม</p>			
<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 50 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้</p>	<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 70 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและข้อมูลผู้</p>	<p>มีการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 90 คะแนนขึ้นไป ซึ่งดำเนินการอย่างน้อย ได้แก่</p> <p>6.1 มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและ</p>	

	<p>ประกอบอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใดและมีการสื่อสารข้อมูล</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p>	<p>ประกอบอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือมีการเก็บข้อมูล (เชิงรุก)ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพอย่างหนึ่งอย่างใด</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัด และมีการเตรียมความพร้อมด้านคนและอุปกรณ์</p> <p>6.5 มีแผนงาน/โครงการเพื่อการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p>	<p>ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเก็บ/คัดแยกขยะหรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ</p> <p>6.2 มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีการเก็บข้อมูล(เชิงรุก)ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือผู้ประกอบการอาชีพ</p> <p>6.3 มีการนิเทศ หรือร่วมประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามแผน</p> <p>6.4 มีแผนฯ และมีการฝึกซ้อมตามแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในจังหวัด และเก็บ/สรุปการฝึกซ้อมฯ</p> <p>6.5 มีแผนงาน/โครงการและมีการสื่อสารความเสี่ยง/ให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม</p>
<p>หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.</p>			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			พ.ศ.			
			2557	2558	2559	2560
	8.3 9.1	ร้อยละอัตราตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	17.1	9.9	8.3	9.1

เอกสารประกอบ
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)
- (2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 25)
- (3) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 5)
- (4) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A (ร้อยละ 100)
- (5) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S (ร้อยละ 80)
คำนิยาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการสุขภาพ อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x 100	
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
ภาพรวมเขตจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)(เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

สถานบริการสุขภาพ อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกตายจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I62) (C)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I60-I62) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (C/D) x100	
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
จังหวัด 1 อำเภอ....				
ภาพรวมเขตจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 5)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายสถานะตายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I63) (E)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน จากทุกหอ ผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63) (F)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x100	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....
(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

4. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

5. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

6. การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ M

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรดระบุ จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
โรงพยาบาล.....				
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

* หอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง

2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

7. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

8. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)								
คำนิยาม	<p>29.1 RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU1 และ RDU2</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมายระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มี 3 ระดับ ดังนี้ <p>■ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU 1 (รพ.)</th> <th>RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td> </tr> </tbody> </table> <p>■ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU 1</th> <th>RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน </td> </tr> </tbody> </table>	RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 	RDU 1	RDU 2	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
RDU 1 (รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)								
<ol style="list-style-type: none"> อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค 								
RDU 1	RDU 2								
<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 								

	<p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>				
<p>■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 461 1114 510">RDU 1</th> <th data-bbox="1114 461 1495 510">RDU 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 510 1114 920"> <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p> </td> <td data-bbox="1114 510 1495 920"> <p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเสียชีวิตในในกลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> </td> </tr> </tbody> </table>			RDU 1	RDU 2	<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเสียชีวิตในในกลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
RDU 1	RDU 2					
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</p>	<p>1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเสียชีวิตในในกลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>					
<p>29.2 AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 1066 1495 1115">กิจกรรม AMR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 1115 1495 1693"> <p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดต่อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1693 1495 2027"> <p>2 การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p> </td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม AMR	<p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดต่อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p>	<p>2 การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p>	
กิจกรรม AMR						
<p>1 กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR</p> <p>โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดต่อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ</p>						
<p>2 การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p>						

	<p>2.การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2.2 โรงพยาบาลจัดทำ (1) ระบบ Lab Alert กรณีพบเชื้อดื้อยาที่สำคัญของโรงพยาบาล (2) รายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (ข้อมูลปีปฏิทิน 1 ม.ค. – 31 ธ.ค. ของทุกปี) และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
	<p>3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายงานเชื้อก่อโรค และความไวยาของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบําราศนราดรุร กรมควบคุมโรค</p> <p>3.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น <i>Cefoperazone-Sulbactam</i>, <i>Piperacillin/tazobactam</i>, <i>Amoxicillin-Clavulanic acid</i></p>
	<p>4 การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>4.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ</p> <p>4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายงานเชื้อก่อโรค และความไวยาของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่งที่เป็นปัญหาสำคัญ ปีละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูลในข้อ (1)- (3) มายังสถาบันบําราศนราดรุร กรมควบคุมโรค</p>
	<p>4.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Salmonella</i></p>

	<p>spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
	<p>5 วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพ ปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p> <p>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการ ดำเนินงาน</p> <p>โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพ ปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>				
	<p>ปีงบประมาณ 61</p>	<p>ปีงบประมาณ 62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>	<p>ปีงบประมาณ 64</p>
	<p>RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 2 80%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 2 80% RDU ชั้นที่ 3 20%</p>	<p>RDU ชั้นที่ 3 80%</p>
	<p>AMR: ร้อยละ 70 ของ โรงพยาบาลมีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ</p>			<p>การติดเชื้อ AMR ลดลง 50 %</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน (A1 = RDU ชั้นที่ 1 และ A2 = RDU ชั้นที่ 2)</p>			
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 4 ไตรมาส 1 2 3 และ 4</p>			

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี หมายถึงผู้ป่วยในปีที่คำนวณ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆ พบว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>หมายเหตุ วิธีนับ การได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1 ให้ประเมินจาก ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวได้รับข้อมูลระยะของโรค และ/หรือ ได้รับการเตรียมและส่งต่อกลับชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นอย่างน้อย (การเก็บข้อมูล นับจำนวนคน ที่เป็นรายใหม่ในปี) กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้ (หรือตามแนวทางการรักษาของหน่วยงานนั้น) เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

	<p>4. Terminal Delirium</p> <p>5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง</p> <p>6. Persistent Hypercalcemia</p> <p>7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</p> <p>8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่</p> <p>9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง</p> <p>10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1</u>
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ <u>(ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)**</u>)
รายการข้อมูล 6	F =จำนวนผู้ป่วย Palliative ที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid(ตามแนวทางของ <u>(ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)**</u>)
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)
รายการข้อมูล 8	H = จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ ในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</p> $= (A/B) \times 100$ <p>2.ร้อยละในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.3)</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ (ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50</u></p> $= (C/D) \times 100$ <p>3.ร้อยละในขั้นตอนที่ 1 (ข้อ 1.5)</p> <p>มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid ▶ โรงพยาบาลระดับ M2,F1-3 \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid $= (E/F) \times 100$ <p>4.ร้อยละในขั้นตอนที่ 2 (ข้อ 2.2)</p> <p>ร้อยละ ของผู้ป่วย Palliative Careรายใหม่ ในปีที่รายงานได้รับการให้ข้อมูลจาก</p>

	กิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) $= (G/H) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)	รอบ 6 เดือน ชั้นตอนที่ 3	รอบ 9 เดือน ชั้นตอนที่ 4 4.1 (1) และ 4.2 (1)	รอบ 12 เดือน ชั้นตอนที่ 5 5.1 (1) และ 5.2 (1)
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)	รอบ 6 เดือน ชั้นตอนที่ 3	รอบ 9 เดือน ชั้นตอนที่ 4 4.1 (2) และ 4.2 (2)	รอบ 12 เดือน ชั้นตอนที่ 5 5.1 (2) และ 5.2 (2)
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)	รอบ 6 เดือน ชั้นตอนที่ 3	รอบ 9 เดือน ชั้นตอนที่ 4 4.1 (3) และ 4.2 (3)	รอบ 12 เดือน ชั้นตอนที่ 5 5.1 (3) และ 5.2 (3)
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน ชั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)	รอบ 6 เดือน ชั้นตอนที่ 3	รอบ 9 เดือน ชั้นตอนที่ 4 4.1 (4) และ 4.2 (4)	รอบ 12 เดือน ชั้นตอนที่ 5 5.1 (4) และ 5.2 (4)
วิธีการประเมินผล :	ชั้นตอนที่ 1 1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care - มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญ ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3 - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care			

- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

1.2โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลาและมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

1.3กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50 โดยคิดจากจำนวนรายใหม่ในปี และมีวิธีคิด ดังนี้

สูตร $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) ได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1(หน่วยนับเป็นคน)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (จำนวน ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี) (หน่วยนับเป็นคน)

1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.5โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย)** และ/หรือการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication \geq ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ Strong Opioid (ตามแนวทางของ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย) **และ/หรือได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไป

2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S

มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม
ที่มพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ
Advance Care Planning (ACP)

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance
Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วย
และครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3ที่รายงาน
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3ที่รายงาน
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล
ACP จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาล
ระดับ M2, F1-3ที่รายงาน
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีได้รับการส่งต่อข้อมูล ACP
จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือ มีการทำ ACP ในโรงพยาบาลระดับ M2,
F1-3ที่รายงาน

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และ/หรือมีการจัดการ
ดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการ
ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด
กตจุฑบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ

โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3

มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication (ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ) และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M 1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3

- สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

- มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

- สำหรับปี 2561- 2564มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล)
- (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)
- (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ)
- (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ

4.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้

โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

- (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย
 - (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการเยี่ยม-คิณ ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด
 - (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการเยี่ยม-คิณ ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ
 - (4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต
- ขั้นตอนที่ 5** มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไป

5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

- (1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP
- (4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) \geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

หมายเหตุ (1) - (4) คิดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)

5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3

มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)

- (1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล
- (2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด
- (3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)																
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)																
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B+C) / D \times 100$																
วิธีการประเมินผล :	<p>1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และ ภาพรวมของเขตสุขภาพ</p> <p>2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้</p> <table border="1"> <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>อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 40 10</td> <td>อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 5</td> <td>อัตราตายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ อยู่ใน ช่วง มากกว่า หรือน้อยกว่าไม่เกิน ร้อยละ 5</td> <td>อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10 5</td> <td>อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 10</td> </tr> </tbody> </table>					คะแนน	1	2	3	4	5		อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 40 10	อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 5	อัตราตายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ อยู่ใน ช่วง มากกว่า หรือน้อยกว่าไม่เกิน ร้อยละ 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 10
คะแนน	1	2	3	4	5												
	อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 40 10	อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 5	อัตราตายตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ อยู่ใน ช่วง มากกว่า หรือน้อยกว่าไม่เกิน ร้อยละ 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 10 5	อัตราตายน้อยกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 20 10												

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นทรานซันดิมไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ถื่นทรานซันดิมไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากถื่นทรานซันดิมไม่รุนแรง ภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น</p> <p>การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femoral neck fracture S72.000-.019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42 <p>ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. THA 81.51

2. Partial hip replacement 81.52
3. Fixation 79.15, 79.35
4. open reduction femur 79.25
5. Close reduction 79.05
6. Fixation 78.55

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Capture the fracture

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse)

ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ

ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ

หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มีระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวช

ศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

จำเป็นต้องมี เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture

เกณฑ์เป้าหมาย :																															
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																												
1. จำนวนเขตสุขภาพที่มี การจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต) 1.1 Refracture < ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 20 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 28 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 25 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป 1.1 Refracture < ร้อยละ 20 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด 2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป) โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายใน 13 เขตสุขภาพ <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>โรงพยาบาล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)</td></tr> <tr><td>2</td><td>โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)</td></tr> <tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลสุรสวรรค์ประชารักษ์(จ.นครสวรรค์)</td></tr> <tr><td>4</td><td>โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)</td></tr> <tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)</td></tr> <tr><td>6</td><td>โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)</td></tr> <tr><td>7</td><td>โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)</td></tr> <tr><td>8</td><td>โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)</td></tr> <tr><td>9</td><td>โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)</td></tr> <tr><td>10</td><td>โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)</td></tr> <tr><td>11</td><td>โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)</td></tr> <tr><td>12</td><td>โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)</td></tr> <tr><td>13</td><td>โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.</td></tr> </tbody> </table>			เขต	โรงพยาบาล	1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)	2	โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)	3	โรงพยาบาลสุรสวรรค์ประชารักษ์(จ.นครสวรรค์)	4	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)	5	โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)	6	โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)	7	โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)	8	โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)	9	โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)	10	โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)	11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)	12	โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)	13	โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.
เขต	โรงพยาบาล																														
1	โรงพยาบาลน่าน (จ.น่าน)																														
2	โรงพยาบาลพุทธชินราช (จ.พิษณุโลก)																														
3	โรงพยาบาลสุรสวรรค์ประชารักษ์(จ.นครสวรรค์)																														
4	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (จ.นนทบุรี)																														
5	โรงพยาบาลนครปฐม (จ.นครปฐม), โรงพยาบาลราชบุรี (จ.ราชบุรี)																														
6	โรงพยาบาลชลบุรี (จ.ชลบุรี)																														
7	โรงพยาบาลขอนแก่น (จ.ขอนแก่น)																														
8	โรงพยาบาลอุดรธานี (จ.อุดรธานี)																														
9	โรงพยาบาลนครราชสีมา (จ.นครราชสีมา)																														
10	โรงพยาบาลมุกดาหาร (จ.มุกดาหาร)																														
11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จ.สุราษฎร์ธานี)																														
12	โรงพยาบาลตรัง (จ.ตรัง)																														
13	โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลกลาง กทม.																														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ																														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture																														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด																														
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก (refracture)																														
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด																														
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery																														

รายการข้อมูล 6	F = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$</p> <p>37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = $(C/D) \times 100$</p> <p>37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$</p> <p>$(A/B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 ไตรมาส 1 2 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>1. Refracture < ร้อยละ 30</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>		<p>1. Refracture < ร้อยละ 30</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. จำนวนเขตสุขภาพที่มี การจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพ ทั้งหมด (รวม 13 เขต)</p>
<p>1. จัดทำคู่มือการจัดตั้ง ทีม Capture the Fracture แก่พื้นที่ จัดอบรมให้ความรู้แก่ โรงพยาบาลในเขต สุขภาพที่ 1, 2, 3 และ 13</p>	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่โรงพยาบาลในเขต สุขภาพที่ 11 และ 12</p>	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้ Capture the Fracture แก่ โรงพยาบาลในเขต สุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10</p>	<p>มีการจัดตั้งทีม Capture the Fracture ครบทั้ง 13 เขต สุขภาพทั่วประเทศ</p>

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>1. Refracture < ร้อยละ 28</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>		<p>1. Refracture < ร้อยละ 28</p> <p>2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป</p>
<p>1.1 ร้อยละ 5 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture</p>	<p>1.1 ร้อยละ 10 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture</p>	<p>1.1 ร้อยละ 15 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไป มีการจัดตั้งทีม</p>	<p>1.1 ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture</p>

the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.2 Refracture< ร้อยละ 30 1.3. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery> ร้อยละ 50 ขึ้นไป
---	---	---	---

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery>ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 25 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป
1.1 ร้อยละ 24 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 26 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 28 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.1 ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 28 1.3 ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Earlysurgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป
1.ร้อยละ 34 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้น ไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 36 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 38 ของ โรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture < ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1.ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาล ระดับ S ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture 1.2 Refracture< ร้อยละ 25 1.3 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
2562:			
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
2563:			
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ภัทรวินต์ รัตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590634752 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>กรมการแพทย์</p>		
	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com moeva_dms@yahoo.com</p>		

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด											
ระดับการแสดงผล	หน่วยงาน และกระทรวง											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)											
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติดและได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90									
(Leading Indicator)	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td>92</td> <td>94</td> <td>96</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	90	92	94	96
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
90	92	94	96									
(lagging Indicator)	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>52</td> <td>54</td> <td>56</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	50	52	54	56
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
50	52	54	56									
วัตถุประสงค์	<p>ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน หลังการจำหน่ายจากการบำบัดรักษา</p> <p>ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามดูแลและสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้เสพ ผู้ติด ระบบสมัครใจที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดทุกระบบ ในสถานบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด</p>											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
แหล่งข้อมูล	<p>สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด (สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ทัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)</p>											
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ</p> <p>จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด และหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน</p>											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่											

	กำหนดจากหน่วยบริการ และได้รับการติดตามในระยะเวลา 3 เดือน จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตาม เกณฑ์จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	90	90	90
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	90	90	90
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	90	90	90
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	90	90	90
ปี 2561: Leading / lagging Indicator			
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
90/50	90/50	90/50	
ปี 2562: Leading / lagging Indicator			
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
92/52	92/52	92/52	
ปี 2563: Leading / lagging Indicator			
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
94/54	94/54	94/54	
ปี 2564: Leading / lagging Indicator			
รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
96/56	96/56	96/56	
วิธีการประเมินผล :	หน่วยบริการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสศ.) ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข		

	<p><u>เกณฑ์การให้คะแนน</u></p> <table border="1" data-bbox="509 241 1444 347"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </table> <p>ข้อมูล Leading Indicator สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>ข้อมูล lagging Indicator สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลรัฐรักษากัญมิภาค จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์คุณภาพ และดิจิทัลสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน Leading / lagging Indicator</p> <table border="1" data-bbox="555 898 1398 1014"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>70/10</td> <td>75/20</td> <td>80/30</td> <td>85/40</td> <td>90/50</td> </tr> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	70	75	80	85	90	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	70/10	75/20	80/30	85/40	90/50								
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
70	75	80	85	90																													
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
70/10	75/20	80/30	85/40	90/50																													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p>																																
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="488 1066 1465 1951"> <tr> <td data-bbox="488 1066 719 1160" rowspan="2">Baseline data</td> <td data-bbox="719 1066 855 1160" rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3" data-bbox="855 1066 1465 1122">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="855 1122 1038 1160">2558</td> <td data-bbox="1038 1122 1222 1160">2559</td> <td data-bbox="1222 1122 1465 1160">2560</td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 1160 719 1503">ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3-month remission rate)</td> <td data-bbox="719 1160 855 1503">ร้อยละ</td> <td data-bbox="855 1160 1038 1503">87.57</td> <td data-bbox="1038 1160 1222 1503">90.92</td> <td data-bbox="1222 1160 1465 1503">93.71</td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 1503 818 1671">Baseline data Leading / lagging Indicator</td> <td data-bbox="818 1503 954 1671">หน่วยวัด</td> <td colspan="3" data-bbox="954 1503 1465 1559">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 1559 818 1671"></td> <td data-bbox="818 1559 954 1671"></td> <td data-bbox="954 1559 1121 1671">2558</td> <td data-bbox="1121 1559 1305 1671">2559</td> <td data-bbox="1305 1559 1465 1671">2560</td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 1671 818 1951">ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)</td> <td data-bbox="818 1671 954 1951">ร้อยละ</td> <td data-bbox="954 1671 1121 1951">87.57/40.57</td> <td data-bbox="1121 1671 1305 1951">90.92/44.07</td> <td data-bbox="1305 1671 1465 1951">93.94/35.09</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี</p>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3-month remission rate)	ร้อยละ	87.57	90.92	93.71	Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.					2558	2559	2560	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)	ร้อยละ	87.57/40.57	90.92/44.07	93.94/35.09
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																															
		2558	2559	2560																													
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (3-month remission rate)	ร้อยละ	87.57	90.92	93.71																													
Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.																															
		2558	2559	2560																													
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate)	ร้อยละ	87.57/40.57	90.92/44.07	93.94/35.09																													

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด, เขต และ ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>กองบริหารสาธารณสุข</p> <p>3. นพ.ศุภศิลา จำปานาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-3634- 3500 โทรสาร :</p> <p>โรงพยาบาลสระบุรี</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-7751555 E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th</p> <p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : Peed.pr@gmail.com</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวสุประวีณ์ เขมลาย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590- 1642 โทรสาร :</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590634752 โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kaonaina@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : eva634752@gmail.com moeva_dms@yahoo.com</p>

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 รายการหัตถการเนบทำยการรักษำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery (One Day Surgery:
 ODS) (ICD-9-CM Procedures)

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
1	Inguinal hernia	<p>Herniotomy herniorrhaphy Hernioplasty</p> <p>53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® Excludes: laparoscopic unilateral repair of inguinal hernia (17.11-17.13)</p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® Excludes: laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia (17.21 17.24)</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ®</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ®</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ®</p> <p>53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ®</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ®</p>

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		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 Excludes: percutaneous aspiration of hydrocele (61.91)
3	Hemorrhoid	49.4 Procedures on hemorrhoids 49.42 Injection of hemorrhoids 49.43 Cauterization of hemorrhoids Clamp and cautery of hemorrhoids 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS 49.47 Evacuation of thrombosed hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure
4	Vaginal bleeding	postpartal manual exploration of uterine cavity (75.7) 68.12 Hysteroscopy Excludes: that with biopsy (68.16) 68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus 68.19 Other diagnostic procedures on uterus and supporting structures 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 Dilatation and curettage Hysteroscopic endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		Excludes: biopsy of uterus (68.13, 68.16) uterine fistulectomy (69.42)
		69-Other operations on uterus and supporting structures Code also any application or administration of an adhesion barrier substance (99.77) 69.0 Dilation and curettage of uterus Excludes: aspiration curettage of uterus (69.51-69.59) 69.01 Dilation and curettage for termination of pregnancy 69.02 Dilation and curettage following delivery or abortion 69.09 Other dilation and curettage Diagnostic D and C 69.5 Aspiration curettage of uterus Excludes: menstrual extraction (69.6) 69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy Therapeutic abortion NOS 69.52 Aspiration curettage following delivery or abortion 69.59 Other aspiration curettage of uterus
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	42.33 Esophageal varices by endoscopic approach Control of esophageal Bleeding by endoscopic approach 43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach 44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding Dx. I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices 44.4 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal Stricture	44.2 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site 44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site 44.92 Dilation of esophagus Dilation of cardiac sphincter
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus Dx. C15.-Malignant neoplasm of oesophagus C16.-Malignant neoplasm of stomach

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine Excludes: that by open approach (45.41) 45.43 Endoscopic ablation of tumor of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding Excludes: Endoscopic polypectomy of large intestine (45.42) Dx. D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon K63.5 Polyp of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy
		51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct Dx. K800: Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K801: Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K802: Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K803: Calculus of bile duct w cholangitis K804: Calculus of bile duct w cholecystitis K805: Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystiti
10	Pancreatic duct stone	52.13 Endoscopic retrograde pancreatograhpy (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct Dx. K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus
11	Bile duct stricture	51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP] 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy

ลำดับ	Diagnosis (การวินิจฉัย)	ICD-9-CM Procedures
		51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct Dx. C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24.- Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25.- Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture
12	Pancreatic duct stricture	52.13 Endoscopic retrograde pancreatography (ERP) 51.82 Pancreatic sphincterotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct Dx. C25.- Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขต , ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม 2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด 2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง 2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 2. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไหลกระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์	<u>จังหวัดน่าน</u> 1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี 2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน) 3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15
<u>จังหวัดส่วนขยาย</u> 1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม	<u>จังหวัดส่วนขยาย</u> 1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน	<u>จังหวัดส่วนขยาย</u> 1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง 2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	<u>จังหวัดส่วนขยาย</u> 1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic

	ของจังหวัด 2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ด้านการจัดการสมุนไพร ได้รับการอบรมด้านแผน ธุรกิจ (Business plan)	ของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)	จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี 1. มีโรงงานแปรรูปและ ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร เตรียมการเข้าสู่ มาตรฐาน GMP อย่าง น้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐ และเอกชน) 2. ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับการบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 20 3. มูลค่าของการใช้ สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อย ละ 15 4. มูลค่าการตลาดของ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวม เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อย ละ 10
--	---	---	---

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			12 เขต 13 จังหวัด

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3-6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อ เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้าง สำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมี กระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่ เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับ สถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดย มีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคน ด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน ประกอบด้วย</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p>

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตามยุทธศาสตร์ 20 ปี)	1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence	ระดับ 4 (-9 เดือน) เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนและเขต สุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการใช้ (คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9-เดือน) เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9-เดือน) เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	4.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	1.การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่าง เหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ) ให้มีความ สอดคล้องกับความต้องการของ เขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การพัฒนา กำลังคนได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ 4 (9-เดือน) เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบระบบ การบริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับเขต/ ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออกลดลง	ระดับ 4 (9-เดือน) เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ 100 และในแต่ละปีเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ดังตารางนี้

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพในการดำเนินงาน			

ในแต่ละองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ				
8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1-4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต(ร้อยละ ๗๐) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 4	

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 3	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 3

ปี 2561 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
4 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	5 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	6 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	7 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4	8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 4

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่	

	ที่ 1 - 4 ที่ระดับ คะแนน 4	ระดับคะแนน 5	
--	-------------------------------	--------------	--

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 4

ปี 2562 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
5 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ ≥ 5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบข้อ ที่ 1 - 4 ที่ระดับ คะแนน 4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5	

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ ≥ 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ ≥ 4

ปี 2563 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
6 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	7 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	8 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	9 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ ≥ 5	10 เขตสุขภาพผ่าน เกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ 1-5 ที่ ระดับ ≥ 5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบข้อที่ 1 - 4 ที่ระดับคะแนน 4	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับคะแนน 5	

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 6 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >=4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-2 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-3 ที่ระดับ >= 4	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-4 ที่ระดับ >= 4

ปี 2564 : เกณฑ์การให้คะแนนรอบ 9 เดือน

ค่าคะแนนที่ได้				
1	2	3	4	5
8 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	9 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	10 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	11เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5	12 เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1-5 ที่ระดับ >=5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :
	2. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร : 02-5901817	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com
	3. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6962801 E-mail : srinuans711@gmail.com
สถาบันพระบรมราชชนก		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้
ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
๑.การวางแผนการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ		
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่ม สาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
2.การสร้างความร่วมมือ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณ ด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่า ร้อยละ 60		

องค์กรประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
4.การบริหารจัดการด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย		
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความ ต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		
5.การประเมินผลกระทบ ระบบการบริหารจัดการการ ผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการ พัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อย กว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของ ภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒน ากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒน ากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต)		

องค์กรประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละ ระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ ขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต)		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

จังหวัด	หลักสูตร/ โครงการ	แหล่งเงินตามแผน HRD (บาท)				องค์ประกอบที่ 1									
		งบอุดหนุน	เงิน บำรุง	แหล่ง อื่นๆ	รวม ทั้งหมด	1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals) (คน)		2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)(คน)		3.บุคลากรสนับสนุน Associates Health personal) (คน)		4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office) (คน)		5. ผู้บริหาร (คน)	
						เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รวมจังหวัด															
รวมจังหวัด															
รวมภาพ เขต		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

จังหวัด	หลักสูตร/โครงการ	องค์ประกอบที่ 2			องค์ประกอบที่ 3			องค์ประกอบที่ 4			องค์ประกอบที่ 5
		จำนวนสถาบันฯ ที่เขตมีความ ร่วมมือ	จำนวน สถาบันฯใน เขตทั้งหมด	ร้อยละ	เป้าหมาย (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	ร้อยละ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	จำนวนข้อร้องเรียนในเขต
รวมจังหวัด											
รวมจังหวัด											
รวมภาพ เขต		-			-	-		-	-		

หมวด	People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 60 ของ เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 85 ของเป้าหมาย	
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ของเป้าหมาย	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย	
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ของเป้าหมาย	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย	
	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของเป้าหมาย	

ปี 2564 :																												
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																								
		มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของ เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย																									
		มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 ของเป้าหมาย																									
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ 2.รายงานผลการจัดสรร/พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง																											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. นางอริยา สุขลิ้ม</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</td> <td>โทรศัพท์มือถือ :</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :</td> <td>E-mail :</td> </tr> <tr> <td>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร</td> <td>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</td> <td>โทรศัพท์มือถือ :</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :</td> <td>E-mail :</td> </tr> <tr> <td>3. นางกัลยา เนติประวัติ</td> <td>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร :</td> <td>E-mail : Catypakdee@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์</td> <td>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5901830</td> <td>E-mail : srinuans711@gmail.com</td> </tr> </table> สถาบันพระบรมราชชนก				1. นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :	โทรสาร :	E-mail :	2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :	โทรสาร :	E-mail :	3. นางกัลยา เนติประวัติ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818	โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395	โทรสาร :	E-mail : Catypakdee@gmail.com	4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809	โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535	โทรสาร : 02-5901830	E-mail : srinuans711@gmail.com
1. นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ																											
โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :																											
โทรสาร :	E-mail :																											
2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ																											
โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ :																											
โทรสาร :	E-mail :																											
3. นางกัลยา เนติประวัติ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ																											
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818	โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395																											
โทรสาร :	E-mail : Catypakdee@gmail.com																											
4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ																											
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809	โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535																											
โทรสาร : 02-5901830	E-mail : srinuans711@gmail.com																											

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การพัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การพัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การพัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การพัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การพัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals)	1 แพทย์									
	2 ทันตแพทย์									
	3 เภสัชกร									
	4 พยาบาล									
	5 นักเทคนิคการแพทย์									
	6 นักกายภาพบำบัด									
	7 นักวิชาการสาธารณสุข									
2.กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)	8 นักรังสีการแพทย์									
	9 นักกิจกรรมบำบัด									
	10 นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยา									
	11 นักเวชศาสตร์การสื่อ ความหมาย									
	12 นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก									
	13 นักฟิสิกส์รังสี									
	14 แพทย์แผนไทย									
	15 นักวิชาการทันตสาธารณสุข									
	16 นักโภชนาการ									
	17 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์									
	18 นักสังคมสงเคราะห์									
	19 นักวิชาการศึกษาพิเศษ									
	20 นักกายอุปกรณ์									
	21 นักวิชาการอาหารและยา									

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จังหวัด			จังหวัด			ภาพรวมเขตสุขภาพ		
		จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวน ที่ ต้องกา รพัฒนา (แผน)	จำนวน ที่ได้รับ การ พัฒนา (ผล)	ร้อยละ ที่ได้รับ การ พัฒนา	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับ การ พัฒนา
3.บุคลากร สนับสนุน Associates Health personal)	22	เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข								
	23	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม								
	24	เจ้าพนักงานสาธารณสุข								
	25	เจ้าพนักงานเวชสถิติ								
	26	เจ้าพนักงานรังสี การแพทย์								
	27	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน								
	28	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์								
4.บุคลากรสาย สนับสนุน (Back office)	1	นิติกร								
	2	นักทรัพยากรบุคคล								
	3	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน การเงินและบัญชี								
	4	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน พัสดุ								
	5	นักจัดการงานทั่วไป								
	6	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน คอมพิวเตอร์								
	7	นักสถิติ								
	8	นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน โสตทัศนศึกษา								
	9	เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์								
	10	เจ้าพนักงานธุรการ								
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง									
	ระดับกลาง									
	ระดับต้น									
รวมทั้งสิ้น										

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวมข้อมูล

1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับExcellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	10.นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา			
	11.นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
	21.นักวิชาการอาหารและยา			
3.บุคลากรสนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
	27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน			
	28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์			
4.บุคลากรสนับสนุน	1.นิติกร			
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา (แผน)	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา (ผล)	ร้อยละที่ ได้รับการ พัฒนา
	4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ			
	5.นักจัดการงานทั่วไป			
	6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์			
	7.นักสถิติ			
	8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			
	9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์			
	10.เจ้าพนักงานธุรการ			
5.ผู้บริหาร	ระดับสูง			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	รวมทั้งสิ้น			

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

- ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100
 ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80
 ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60
 ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40
 ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																		
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																		
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง																		
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. ร้อยละของหน่วยงานภายในในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 ส่วนราชการ (9-กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)																		
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย-ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5-คะแนน ตั้งแต่ 4 คะแนน ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์																		
วิธีการประเมินผล :	<p>การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1-5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>หน่วยงานจะต้องดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามแนวทางการประเมินตั้งแต่ประเด็นการตรวจสอบที่ 1-5 และได้คะแนนการประเมินตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th> <th>กิจกรรม</th> <th>ได้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ	1	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1
ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน																	
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1																	
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1																	
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	1																	
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ	1																	
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1																	

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>ระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544</p> <p>หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552</p>				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วย วัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
			<p>2558</p>	<p>2559</p>	<p>2560</p>
	<p>หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวเครือพันธ์ บุบุญญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902341 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856980 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-590-2337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข</p>				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญชนก เสาวรัจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856981 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902339 โทรสาร : 02-5902337 นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์มือถือ : 089-9900975 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)					
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ					
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
ระดับการแสดงผล	เขต					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3					
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 98.17 (161 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 73.85 (576 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.12 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)	
เงื่อนไข :	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง <p>(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงาน ตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)</p>					

	<p>2. ผ่านการรับรอง HA ^{ชั้น} 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p>
--	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล										
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). <p>2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 50 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 65 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 75 %</td> <td>1. ไม่น้อยกว่า 40 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. ต้องผ่านคุณภาพข้อมูลทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>2. คุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง (ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2561)</p>			ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 50 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 65 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 75 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64								
1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 50 %	1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 65 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 75 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %								
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาคุณภาพ สาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก</p> <p>สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก) ในรพ.สต.</p>										
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)</p> <p>2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : รพ.สต.ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย</p> <p>การบันทึกข้อมูลการให้บริการของรพ.สต.ในโปรแกรมพื้นฐาน</p> <p>การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนและการให้รหัสโรคของผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ รพ.สต.</p>										

แหล่งข้อมูล	1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. หน่วยบริการ รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ — เวชระเบียน			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการ — ให้รหัสโรค			
รายการข้อมูล 5	E = จำนวน รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลเวชระเบียน : $(C/E) \times 100$ 3. ข้อมูลการให้รหัสโรค : $(D/E) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
สาเหตุการตาย				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2561		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2562		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2563		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2564		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %
ข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2561		ไม่น้อยกว่า 50 %		ไม่น้อยกว่า 50 %
2562		ไม่น้อยกว่า 65 %		ไม่น้อยกว่า 65 %
2563		ไม่น้อยกว่า 75 %		ไม่น้อยกว่า 75 %
2564		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
วิธีการประเมินผล :	1. สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย(มรณบัตร) 2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตาม — คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพ.สต. — พ.ศ. 2561			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย 2. คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรคสำหรับ รพ.สต. — พ.ศ. 2561			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		วัด	2558	2559

	1.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	8 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10.5	12 จ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15.8 (ข้อมูลรอบ 9 เดือน)
	2.คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการรหัสโรค 2.1 เวชระเบียน 2.2 การรหัสโรค	ร้อยละ	- -	- -	12.53 14.47 (ข้อมูลไตรมาส 2-ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2560)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ข้อมูลบริการสุขภาพ</p> <p>1. นางมะลิวัลย์ ชื่นยงสุวรรณ ————— หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901492 ————— โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-9659816 ————— E-mail : thcc.health@hotmail.com</p> <p>2. นางเบญญาภา ศิริรัตน์ ————— รก.หัวหน้างานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901497 ————— โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-9659816 ————— E-mail : benyapa-s@moph.mail.go.th</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตาย</p> <p>1. นางสาววันวิสาข์ ขำมาก ————— นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491 ————— โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ————— E-mail : aom_juice@hotmail.com</p> <p>กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>				

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																							
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ																							
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)																							
ระดับการแสดงผล	ประเทศ																							
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. ร้อยละของหน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))																							
คำนิยาม	<p>Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ การเยี่ยม ติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>ข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระบบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย</p> <p>1.“การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีในคลังข้อมูล การแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่กำหนดไว้ เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ตามกลุ่มวัย น้ าหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูล การคัดกรอง ข้อมูลโภชนาการ และข้อมูลการเฝ้าระวังในกลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยใช้ข้อมูลในลักษณะของ Data Exchange ระหว่างหน่วยบริการ ในระบบด้วยกัน และการนำข้อมูล Data Exchange ในแต่ละรายการไปใช้ประโยชน์</p> <p>2.“การจัดการระบบสุขภาพ” หมายถึง การให้บริการข้อมูลพื้นฐานที่จ าเป็น ในการ ขึ้นทะเบียนขอท ายบัตรประจำ ตัวผู้ป่วยใหม่ของสถานบริการ หรือการร้องขอ ตรวจสอบ ข้อมูล (Update) ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านระบบ Web Service และ ฐานข้อมูลกลาง (Smart Health ID) ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลที่อยู่ ข้อมูลการแพทย์ และข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2561 เป็น ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 116 แห่ง “หน่วยบริการ” หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่จัดส่งข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>																							
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการเป้าหมาย</th> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td>1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.การจัดการระบบสุขภาพ</td> <td>ร้อยละ60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64		ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 70				2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ60			
รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																				
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100																				
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 70																							
2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ60																							

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง</p> <p>2. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. เพื่อให้เกิดการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัย บำบัดรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เกิดเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกฉาน</p> <p>1. เพื่อให้หน่วยบริการ สามารถจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้อย่างเหมาะสม ในการเยี่ยมติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ หรือรับไว้รักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการวินิจฉัยโรค การส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้</p> <p>3. เป็นการบูรณาการข้อมูลภาครัฐ ตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ แก้ไขปัญหาการทำงานและลดความซ้ำซ้อนในการจัดการระบบ สุขภาพ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ระยะเวลา 5 ปี ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>2. ระยะเวลา 10 ปี ได้แก่ รพช./รพ.สต. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ.</p> <p>3. ระยะเวลา 20 ปี ได้แก่ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน 116 แห่ง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on-Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ.</p> <p>2. http://nrefer.moph.go.th</p> <p>3. ระยะเวลา 20 ปี : สำรวจจากหน่วยบริการ</p> <p>1. เก็บ Log Files การใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. เก็บ Log Files การใช้งานการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. ระยะเวลา 20 ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ</p> <p>1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)</p> <p>2. ระบบ Smart Health ID</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ จำนวนครั้งการใช้งาน ระบบ Data Exchange ในแต่ละเรื่องแต่ละเดือน(12 เดือน) ของหน่วยบริการทั้งหมดในแต่ละจังหวัด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี) จำนวนเรื่องในระบบ Data Exchange ทั้งหมด 12 เดือนของหน่วยบริการทั้งหมด ที่จัดส่งข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง 116 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.การแลกเปลี่ยนข้อมูล = (A/B) x 100 2.การจัดการระบบสุขภาพ = (C/D) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2561 : +/- 2				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
ปี 2562 : +/- 2				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68	ร้อยละ 70
ปี 2563 : +/- 2				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 74	ร้อยละ 76	ร้อยละ 78	ร้อยละ 80
ปี 2564 : +/- 5				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปี 2561 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
2.การจัดการระบบสุขภาพ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ				
2.การจัดการระบบสุขภาพ				
วิธีการประเมินผล :	1. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้งาน Data-Exchange 2. คำนวณจากรายงานใน http://nrefer.moph.go.th 1. “การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ”			

	<p>ตรวจสอบการใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการ ผ่าน Log Files ในระบบ HDC on Cloud หรือ HDC Service คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจริง หน่วยบริการ</p> <p><u>ตัวอย่าง</u></p> <p>ระบบ Data Exchange มีจำนวนเรื่องทั้งหมด 10 เรื่อง เก็บ Log การเข้าใช้งาน ราย หน่วยบริการ ในแต่ละเดือน เป้าหมายประเมิน 2 ครั้ง ประมาณเดือน มีนาคม และ สิงหาคม ฉะนั้นใน 1 เดือน หน่วยบริการ ควรเข้าใช้ครบ 10 เรื่อง 10 ครั้ง ถ้าประเมินทั้ง 12 เดือน จะเท่ากับ 120 ครั้ง/หน่วยบริการ จังหวัด ก มีหน่วยบริการ 130 แห่ง กรณีที่ประเมินรอบที่ 1 เดือนมีนาคม ถ้านับ 6 เดือน จะใช้จำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกใช้ระบบ Data Exchange อย่างน้อย 1 ครั้ง/เรื่อง/เดือน/หน่วยบริการ เป็นเกณฑ์ กรณีเรื่องไหนเรียกใช้มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน ให้นับ 1 ครั้งเท่านั้น ผลการดำเนินงานตามรอบ 6 เดือน เช่น หน่วยบริการในจังหวัด ก เข้าใช้งานตามเงื่อนไขได้เท่ากับ 5,200 ครั้ง/130 แห่ง ก็จะมีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ $(5,200 \times 100) / 15,600$ เท่ากับ 33.33 เป็นต้น</p> <p>2.“การจัดการระบบสุขภาพ”</p> <p>ตรวจสอบการเรียกใช้งาน Web Service ผ่านระบบรายงานและ Log Files ของระบบ Smart Health ID กระทรวงสาธารณสุข โดยนับจำนวนหน่วยบริการ จำนวนครั้ง ความถี่ที่เรียกใช้งาน ในแต่ละเดือน รายคน(ตาม CID) รายครั้ง รายโรงพยาบาล และรายจังหวัด แต่ในปีงบประมาณ 2561 จะประเมินการเข้าถึงและใช้งานระบบ เท่านั้น</p> <p><u>ตัวอย่าง</u></p> <p>นับจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าใช้งานในระบบ Smart Health ID ของกระทรวงสาธารณสุข โดยถือการ Connect เข้าใช้งานระบบและเรียกดูข้อมูล โดยไตรมาสที่ 1 ต้องดำเนินการได้อย่างน้อย ร้อยละ 30 จำนวน 35 แห่ง และไตรมาสที่ 2 ต้องดำเนินการได้อย่างน้อย ร้อยละ 40 จำนวน 46 แห่ง เปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด 116 แห่ง ไตรมาสที่ 1 คิดเป็นร้อยละ $35 \times 100 / 116$ เท่ากับ 30.17 เป็นต้น</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข การจัดการระบบข้อมูล Refer ผ่านระบบ nRefer ของกระทรวงสาธารณสุข ชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมีส่วนที่มาจากข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด</p> <p>ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างเพิ่มมาตรฐาน 43 แพ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น</p> <p>“ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs” หมายถึง ขั้นตอนของการพัฒนาระบบข้อมูล สุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ของประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ผ่านขบวนการจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ สำเร็จตามข้อกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) และเวลาที่กำหนด พร้อมสำหรับการใช้งาน</p> <p>“ข้อมูลสุขภาพ” หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างเพิ่มมาตรฐานด้านสุขภาพ (43 แพ้ม) ของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัย น้ำหนักส่วนสูง ค่า BMI ข้อมูลการ ได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคัดกรอง ข้อมูลโภชนาการ เป็นต้น</p> <p>“การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง” หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในการขอเข้าถึงข้อมูลประวัติการ เจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านช่องทางหรือระบบที่รองรับ โดยทั้งนี้ต้องผ่าน กระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด และเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>“ประชาชนหรือผู้ป่วย” หมายถึง ผู้รับบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขที่จัดส่งข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แพ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายการเป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
1.ร้อยละของ	ร้อยละ 1.5			

ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและเข้าใช้งานระบบ PHRs	ร้อยละ 70			

ขอบเขต : 1) จำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพต./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC
 2) ตรวจสอบจากเลขประจำตัวประชาชน

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา 2. เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. 2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับใน สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการในสังกัดกรม 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน <p>ประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี และเคยรับบริการจากโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข ที่จัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. ระบบ LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน 3. ระยะ 20 ปี : สำรวจประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล <p>จากระบบรายงานและเอกสารการส่งงาน ใช้ในการประเมินระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ PHRs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีแผนงานและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการ (20 %) 1.2 ศึกษา วิเคราะห์และออกแบบระบบ พร้อมกำหนด TOR (20 %) 1.3 ขบวนการจัดจ้าง และพัฒนาระบบตาม TOR (20 %) 1.4 ทดสอบการใช้งานในพื้นที่นำร่อง และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ออกเป็น Product เพื่อการใช้งาน (20 %) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ 1.5 ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ Application เพื่อติดตามประเมินผลการใช้งานผ่านระบบ LogFile และ Webservice (20 %) 1.5.1 การ Download Application ผ่าน App Store & Google Play 1.5.2 การลงทะเบียนใช้งานของประชาชนหรือผู้ป่วย กับ สถานบริการ 1.5.3 การเข้าใช้งานระบบ PHRs ของประชาชนหรือผู้ป่วย

แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. และโรงพยาบาลสังกัดกรม ในสังกัด สร. 2. ระยะ 20 ปี : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 1. เอกสารการส่งมอบงานและการตรวจรับ ตามระเบียบพัสดุ 2. ระบบข้อมูลสุขภาพ Personal Health Records (PHRs) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ 3. ฐานข้อมูลกลางอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ผ่านช่องทาง ตาม มาตรฐานที่กำหนด (Mobile App) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ในแต่ละ จังหวัด ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งหมด (ที่เป็นคนไทย และ TypeArea=1,3 เท่านั้น) อ้างอิงฐานประชากรในระบบ HDC
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ Login และเข้าใช้งานระบบ PHRs มากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไป
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ลงทะเบียนใช้งานกับสถานบริการในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้งานระบบ PHRs = $(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2561 : ~~** เฉพาะจังหวัดนำร่อง~~

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5

ปี 2562 : ~~** เฉพาะจังหวัดนำร่อง~~

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 12	ร้อยละ 13	ร้อยละ 14	ร้อยละ 15

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 17	ร้อยละ 18	ร้อยละ 19	ร้อยละ 20

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้	-	ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 1.0	ร้อยละ 1.5
2. ร้อยละของประชาชนที่	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				
--------------------------------------	--	--	--	--

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ร้อยละของประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้				
2.ร้อยละของประชาชนที่ ลงทะเบียนและเข้าใช้ งาน ระบบ PHRs				

วิธีการประเมินผล :

1. ~~สุ่มตรวจสอบจากการใช้บัตรประชาชน smart card ดูข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของ สรอ.~~
2. ~~จำนวนการสมัครใช้ Application ระบบ PHRs ของ สป.สร.~~
3. ~~ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน~~

ผลการประเมินวัดจากการเก็บข้อมูลตามวิธีการจัดเก็บ ข้อ 1.1-1.5 สำหรับ
ขั้นตอน การดำเนินงานในส่วนของการจัดเตรียมระบบ ตั้งแต่ขั้นตอน การศึกษา วิเคราะห์
จัดทำแผนจัดจ้างกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR) จนถึงขั้นตอนการพัฒนา ระบบ ทดสอบ
การ ปรับปรุงแก้ไข และส่งมอบงาน จนถึงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน Product และเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์ โดยกระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้เป็น พื้นฐาน จากนั้น
ประเมินจากการเข้าถึงระบบข้อมูลสุขภาพของตนเอง ผ่านช่องทางต่างๆ ที่กำหนด โดย
กำหนดเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

	<p>1. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้</p> <p>ตรวจสอบการใช้งานระบบ Personal Health Records (PHRs) ในส่วนนี้จะเป็นการประเมินการใช้งานระบบ Personal Health Records (PHRs) โดยกำหนดเริ่มที่ไตรมาสที่ 2 เท่ากับ 0.5 ไตรมาสที่ 3 เท่ากับ 1.0 และไตรมาสที่ 4 ไตรมาสสุดท้าย เท่ากับ 1.5 โดยคิดจาก กลุ่มเป้าหมาย จำนวนประชาชนหรือผู้ป่วย ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งหมด(ที่เป็นคนไทย และ TypeArea=1,3 เท่านั้น) รายจังหวัด เช่น จังหวัด ก มีกลุ่มเป้าหมาย(ประชาชนหรือผู้ป่วย) เท่ากับ 150,000 คน มีจำนวนประชาชนหรือผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ผ่านช่องทางตามมาตรฐานที่กำหนด(Mobile App) กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา Application ให้ และนับถึงไตรมาสที่ 2 เท่ากับ 1,200 คน คิดเป็นร้อยละ $(1,200 \times 100) / 150,000$ เท่ากับ 0.8 ก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยสุดท้ายสรุปเป็นภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศอีกครั้ง</p> <p>2. ร้อยละของประชาชนที่ลงทะเบียนและใช้งานระบบ PHRs</p> <p>ในส่วนนี้จะประเมินจากจำนวนหน่วยบริการที่มีการลงทะเบียน เพื่อให้บริการประชาชนหรือผู้ป่วยผ่าน Web Service โดยดูจากปริมาณการลงทะเบียนเพื่อขอใช้งานระบบ PHRs เป็นจำนวนคน เป็นตัวหาร และ นับการ Login ใช้งานระบบ PHRs (มากกว่า 1 ครั้ง) ของประชาชนหรือผู้ป่วย เป็นตัวตั้ง เช่น หน่วยบริการแห่งหนึ่งมีประชาชนหรือผู้ป่วย ลงทะเบียนใช้งานระบบ PHRs 450 คน(ตัวหาร) การสาธิตและแนะนำการใช้งานครั้งแรกไม่นำมานับรวม หลังจากนั้นประชาชนหรือผู้ป่วย ที่ลงทะเบียนใช้งาน ระบบ PHRs มากกว่า 1 ครั้ง รวม 220 คน คิดเป็น ร้อยละเท่ากับ $(220 \times 100) / 450$ เท่ากับ ร้อยละ 48</p>													
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2. มาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3. มาตรฐานความปลอดภัยสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ISO27001 													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	1	ร้อยละ	-	-	1
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2558	2559	2560										
1	ร้อยละ	-	-	1										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวจริยา มอบนรินทร์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901212 โทรศัพท์มือถือ :- โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th 2. นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902185 ต่อ 415 โทรศัพท์มือถือ :- โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>													

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169 โทรสาร : 02-5901215 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th
---	--	--

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.พิทักษ์พล บุณยมาลิก ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901553 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : pitalpolb@hotmail.com</p> <p>1. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารูวัฒนา ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>2. นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : resoke@hotmail.com</p> <p>3. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com</p> <p>4. นางนันทมนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกัน สุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901576 E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>5. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com</p> <p>กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

