

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560

Template Key Performance Indicator Ministry of Public Health 2017



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-3177-7

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2560

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2560

Template Key Performance Indicator Ministry of Public Health 2017

ที่ปรึกษา

ดร.นพ.มงคล มอกะหมื่น

ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

มก.มานิตา มรรณวดี

รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดทำโดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

โทร. 0 2560 2388

ISBN

978-616-11-3177-7

จำนวนหน้า

645 หน้า

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.การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2.ระบบบริการ (Service Excellence) 3.การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4.ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่างๆจึงได้ร่วมกันจัดทำแผน และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี ภายใต้กรอบ 16 แผนงาน 48 โครงการ และ 96 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

พศุภกิจายน 2559

สารบัญ

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
	คำนำ	ก
	สรุปภาพรวมตัวชี้วัด 96 ตัว	1-8
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	9
2	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	12
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	15
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	18
5	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	22
6	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	25
7	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	31
8	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	34
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	37
10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	39
11	ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	42
12	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	48
13	ร้อยละของ Healthy Ageing	51
14	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	55
15	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	59
16	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	63
17	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	66
18	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	70
19	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	73
20	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	77
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	81
22	ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	85
23	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	89
24	ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	92
25	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	94

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
26	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	97
27	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	101
28	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	105
29	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	110
30	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	115
31	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	118
32	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	124
33	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	127
34	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	131
35	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	133
36	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	136
37	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	142
38	อัตราการตายทารกแรกเกิด	146
39	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	149
40	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	158
41	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	163
42	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	167
43	อัตราการตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	170
44	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	175
45	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	178
46	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	181
47	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	186
48	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	188
49	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr	191
50	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	194
51	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	197
52	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	200

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
53	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	203
54	ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	210
55	ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ	215
56	อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)	219
57	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	223
58	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	225
59	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	231
60	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด	234
61	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	237
62	สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ	242
63	ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้	246
64	อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้	249
65	ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล	251
66	ร้อยละของยากกลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	254
67	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	258
68	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ	262
69	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการ ด้านสุขภาพ	266
70	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	269
71	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ	273
72	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	276
73	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	282
74	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้	286
75	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization index) ไปใช้	290
76	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)	295
77	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	298
78	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	301

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
79	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	307
80	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	312
81	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	315
82	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	321
83	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	326
84	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	330
85	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	333
86	รายจ่ายสุขภาพต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	336
87	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	339
88	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	342
89	ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)	345
90	ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)	347
91	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)	350
92	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	353
93	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	367
94	ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	371
95	ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	374
96	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	378
ภาคผนวก ก (ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)		385
11	ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	386
15	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	389
19	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	390
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	395
25	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา	445

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
28	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	451
29	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่าง บูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	458
31	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ	461
35	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	465
36	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	469
59	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	497
72	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์	503
81	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบ การควบคุมภายใน	506
96	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	512
ภาคผนวก ข (แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)		514
1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	515
11	ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	517
13	ร้อยละของ Healthy Ageing	519
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	521
26	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด	529
29	ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่าง บูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	530
31	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS)ที่เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ	540
33	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	546
34	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	547
35	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	549
38	อัตราการตายทารกแรกเกิด	550
39	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	551
41	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	553
44	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)ในผู้ป่วย STEMI ได้	554

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
45	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	556
46	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	558
47	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	561
48	อัตราการตายจากมะเร็งปอด	562
49	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr	563
50	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	565
52	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	566
59	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	568
61	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	632
67	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	634
71	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ	635
72	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์	636
73	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	639
83	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	641
ภาคผนวก ค (Small Success)		643
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	644
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	647
9	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	650
12	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	653
17	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	655
15	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	658
19	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	661
20	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	662
21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	664
26	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	666
25	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	667

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	หน้า
28	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	670
30	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	673
34	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	674
45	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	675
46	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	675
47	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	676
42	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	676
49	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr	678
33	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	678
36	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	680
53	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	680
58	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ขึ้น 3	682
59	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	683
74	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	685
79	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	687
83	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	688
92	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	690
93	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	691
96	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	692

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA ปลัด 60	สศป. 60		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
1. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) (4 แผนงาน 12 โครงการ)																					
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย	1	Lead : 1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคัดลอกมาตรฐาน	กรมการแพทย์			เขต							✓								
	2	Lag : 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	กรมอนามัย		1	ประเทศ					✓										
	3	2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย	1	2	จังหวัด									✓						
	4	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย	2	3	จังหวัด										✓					
2. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	Lag : 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	กรมสุขภาพจิต			ประเทศ			✓												
	6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย		4	จังหวัด										✓					
	7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	กรมสุขภาพจิต			ประเทศ			✓												
	8	4) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย		5	จังหวัด										✓					
	9	5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย	3	6	จังหวัด					✓										
3. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	lag : 1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กรมอนามัย			ประเทศ										✓					
	11	Lead : 2) ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	กรมอนามัย			ประเทศ			✓												
4. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	12	Lead : 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย/กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/กรมการแพทย์	4	7	จังหวัด							✓								
	13	lag : 1) ร้อยละของ Healthy Ageing	กรมการแพทย์			จังหวัด											✓				
แผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (3 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	14	Lead : 1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค		8	จังหวัด							✓								
2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	15	Lead : 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	กรมควบคุมโรค	5	9	จังหวัด											✓				
	16	2) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	กรมควบคุมโรค			จังหวัด												✓			
	17	3) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	กรมควบคุมโรค	6		จังหวัด													✓		
3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	18	Lag : 1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค		10	ประเทศ						✓									
	19	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค	7	11	ประเทศ						✓									
	20	3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	กรมควบคุมโรค	8	12	จังหวัด												✓			

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA ปลัด 60	สสพ. 60		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalua tion	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalua tion	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 3 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ)																					
1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	21	Lead : 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	คณะกรรมการอาหารและยา	9	13	จังหวัด							✓								
	22	Lag : 1) ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมกรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	คณะกรรมการอาหารและยา			ประเทศ			✓												
2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	23	Lead : 1) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	กรมควบคุมโรค			ประเทศ			✓												
	24	2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริโภคต่อคนต่อปี)	กรมควบคุมโรค			ประเทศ			✓												
	25	Lag: 1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	กรมการแพทย์	10	14	จังหวัด									✓						
3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	26	Lead : 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	คณะกรรมการอาหารและยา	11	15	เขต							✓								
	27	2) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		16	เขต							✓								
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ)																					
1.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	28	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค	12	17	จังหวัด							✓								
2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	29	Lag : 1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค			เขต							✓								
2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) (6 แผนงาน 23 โครงการ)																					
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)	30	Lead : 1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	13	18	เขต							✓								
	31	Lag : 1) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS)ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	สำนักบริหารการสาธารณสุข			เขต							✓								
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (14 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	32	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุมโรค		19	เขต									✓						
	33	2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	กรมควบคุมโรค	14	20	จังหวัด									✓						

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA	สสป.		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
				ปลัด 60	60					HDC	other				HDC	other				HDC	other
	34	Lag : 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กรมการแพทย์	15	21	ประเทศ							✓								
	35	2) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	กรมการแพทย์			จังหวัด									✓						
2.โครงการป้องกันและ ควบคุมการดื้อยาต้านจุล ชีพและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	36	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	สปรส./ อย./ กรมวิทยาศาสตร์การ แพทย์	16	22	เขต						✓									
3. โครงการพัฒนาศูนย์ ความเป็นเลิศทางการแพทย์	37	Lead : 1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	สำนักบริหารการ สาธารณสุข			เขต									✓						
4. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาทารก แรกเกิด	38	Lag : 1) อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการแพทย์		23	ประเทศ					✓										
5. โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง	39	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	กรมการแพทย์			เขต						✓									
6. โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์แผนไทยฯ	40	lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก		24	จังหวัด									✓						
7. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช	41	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต			จังหวัด						✓									
	42	Lag : 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต	17	25	ประเทศ					✓										
8. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก	43	Lag : 1) อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	กรมการแพทย์			ประเทศ									✓						
9. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา โรคหัวใจ	44	Lead : 1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	กรมการแพทย์			เขต						✓									
	45	Lag : 1) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์	18	26	ประเทศ					✓										
10. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา โรคมะเร็ง	46	Lead : 1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่ กำหนด	กรมการแพทย์	19	27	เขต						✓									
	47	Lag : 1) อัตราตายจากโรคมะเร็งระดับ	กรมการแพทย์	20		ประเทศ					✓										
	48	2) อัตราตายจากมะเร็งปอด	กรมการแพทย์			ประเทศ					✓										

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA	สส.ป		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
				ปลัด 60	60					HDC	other				HDC	other				HDC	other
11. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไต	49	Lag : 1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	กรมการแพทย์	21	28	จังหวัด									✓						
12. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุ วิทยา	50	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการแพทย์		29	จังหวัด										✓					
13. โครงการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพช่องปาก	51	Lead: 1) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	กรมอนามัย			เขต									✓						
14. โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ	52	Lag : 1) จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	กรมการแพทย์		30	เขต						✓									
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบการ ส่งต่อ	53	Lead : 1) ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	กรมการแพทย์	22	31	เขต							✓								
	54	2) ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	กรมการแพทย์			เขต							✓								
	55	3) ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ	สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน /กรมการ แพทย์			เขต										✓					
	56	Lag : 1)อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)	กรมการแพทย์		32	ประเทศ										✓					
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาและ รับรองคุณภาพตาม มาตรฐาน (HA) สำหรับ สถานพยาบาล	57	Lead : 1) ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	สำนักบริหารการ สาธารณสุข			ประเทศ							✓								
	58	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ขึ้น 3	สถาบันรับรอง คุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)/ สปรส	23	33	เขต		✓													
2. โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.	59	Lead : 1) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	24	34	เขต		✓													
แผนงานที่ 9 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (3 โครงการ)																					

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหลัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA	สสป.		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
				ปลัด 60	60					HDC	other				HDC	other				HDC	other
1.โครงการพัฒนา รพ. เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และรพ.สมเด็จพระยุพราช	60	lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพที่กำหนด	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์			เขต		✓													
2. โครงการพัฒนาเขต เศรษฐกิจพิเศษและ สุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)	61	Lead : 1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	กรมควบคุมโรค			จังหวัด		✓													
	62	Lag : 2) สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ	สำนักบริหารการ สาธารณสุข			ประเทศ						✓									
3. โครงการเพิ่มการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพใน ชายแดนใต้	63	Lead : 1) ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้	สำนักตรวจและ ประเมินผล			จังหวัด									✓						
	64	Lag : 1) อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้	สำนักตรวจและ ประเมินผล			จังหวัด				✓											
แผนงานที่ 10 : ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข (2 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาสถาน บริการด้านสุขภาพ	65	Lead : 1) ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริม พัฒนาองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ			ประเทศ		✓													
2. โครงการพัฒนา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์	66	Lead : 1) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ เพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ อาหารและยา			ประเทศ					✓										
	67	2) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คณะกรรมการ อาหารและยา			ประเทศ					✓										
	68	3) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก			ประเทศ					✓										
	69	4) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพ	กรมการแพทย์/ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์			ประเทศ					✓										
	70	5) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก			ประเทศ					✓										
3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (1 แผนงาน 4 โครงการ)																					
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (4 โครงการ)																					

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA	สดป.		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
				ปลัด 60	60					HDC	other				HDC	other				HDC	other
1.โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	71	Lead : 1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			เขต		✓													
2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	72	Lead : 1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สถาบันพระบรมราชชนก/สนง.เขตสุขภาพ		35	เขต						✓									
	73	Lag : 1) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	สถาบันพระบรมราชชนก			เขต						✓									
3.โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน	74	lead 1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	กลุ่มบริหารงานบุคคล/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	25	36	ประเทศ															✓
	75	2) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization index) ไปใช้	กลุ่มบริหารงานบุคคล สป./สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			ประเทศ													✓		
	76	Lag : 1) อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	กลุ่มบริหารงานบุคคล สป.			ประเทศ					✓										
	77	Lag : 2) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล สป.			เขต					✓										
4.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	78	Lag : 1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		37	ประเทศ					✓										
4. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) (5 แผนงาน 9 โครงการ)																					
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (2 โครงการ)																					
1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	79	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ศูนย์ปราบปรามการทุจริต	26	38	จังหวัด												✓			
	80	2) ร้อยละของการจัดซื้อจัดจ้างของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	สำนักบริหารการสาธารณสุข		39	เขต						✓									

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA	สสป.		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
				ปลัด 60	60					HDC	other				HDC	other				HDC	other
2. โครงการพัฒนาระบบ ควบคุมภายในและบริหาร ความเสี่ยง	81	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมินระบบการควบคุมภายใน	กลุ่มตรวจสอบ ภายในระดับ กระทรวง			ประเทศ												✓			
	82	2) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	กพร.สป.			กรม		✓													
แผนงานที่ 13 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยี สุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	83	Lead 1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	27	40	ประเทศ							✓								
2. โครงการพัฒนาสุขภาพ ด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	84	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยน ข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ			ประเทศ		✓													
	85	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ			ประเทศ							✓								
แผนงานที่ 14 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ)																					
1. โครงการลดความ เหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน	86	Lead : 1) รายจ่ายสุขภาพต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ3ระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ			ประเทศ	✓														
	87	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ			ประเทศ	✓														
	88	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน		41	ประเทศ					✓										
	89	Lag : 1) ครีวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่า รักษาพยาบาล (Health impoverishment)	สปสช.			ประเทศ			✓												
2. โครงการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง	90	Lag : 1) ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวล รวมของประเทศ (GDP)	สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ			ประเทศ	✓														
	91	2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)	สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ			ประเทศ	✓														
	92	3) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กลุ่มประกันสุขภาพ	28	42	เขต									✓						

โครงการ	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลัก รับผิดชอบ (Focal Point)	ประเด็น เน้นหนัก		ระดับการ รายงาน ข้อมูล	ส่วนกลาง					ส่วนภูมิภาค					ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค				
				PA ปลัด 60	สศป. 60		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic		Hard copy	Evalu ation	Sur vey	electronic	
										HDC	other				HDC	other				HDC	other
แผนงานที่ 15 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																					
1. โครงการพัฒนางานวิจัย	93	Lead : 1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	สำนักวิชาการ	29	43	เขต											✓				
	94	2) ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	สำนักวิชาการ			ประเทศ											✓				
2. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	95	lead : 1) ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	สำนักวิชาการ			ประเทศ												✓			
แผนงานที่ 16 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ)																					
1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	96	Lag : 1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	กลุ่มกฎหมาย	30		ประเทศ						✓									
		รวม 16 แผนงาน 48 โครงการ 96 ตัวชี้วัด		30	43		4	8	7	0	19	16	11	0	15	9	2	3	1	0	1

หมายเหตุ

- PA ปลัดฯ 30 ตัวชี้วัด ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2559
- สรุปตัวชี้วัดตรวจราชการปี 2560 จำนวน 43 ตัวชี้วัด (ตามมติที่ประชุมสำนักตรวจราชการฯ วันที่ 11 ตุลาคม 2559)

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)										
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	เขต										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน										
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <p>1.มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>2.มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง</p> <p>3.มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์</p> <p>3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์</p> <p>3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์</p> <p>3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น</p> <p>4.มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน</p> <p>5.มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	60	70	80	90	100
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
60	70	80	90	100							
- ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน											
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั่วประเทศ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์										
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน										

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	60	-	60	
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	
วิธีการประเมินผล :	1. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์(พ่วงไปกับการประเมินโรงพยาบาลสายใยรัก) 3. สรุปผลการประเมิน 4. คำนวณอัตราส่วนของสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน/สถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		2557		2558	2559
		NA	NA	NA	NA

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผศ.นพ. เกษม เสรีพรเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062988 โทรสาร : 02-3548084 โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม โทรศัพท์มือถือ : 081-6945405 E-mail : kasem_saeree@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 2. นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิตเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-355-4866, 081-8424148 E-mail : klangpol@yahoo.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957 โทรสาร : 02-2062957 โรงพยาบาลราชวิถี 2. นพ.ภัทรวินท์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 3. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 กรมการแพทย์</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650 E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com รองผู้อำนวยการสำนักนิตเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ :: 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย				
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 20 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน	ไม่เกิน 15 ต่อ การเกิดมีชีพแสน คน
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย 2. รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (Web รายงานการตาย สนย.) 3. สำนักรวการตายมารดาโดยกรมอนามัย (แบบรายงาน CE)				
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ 2. โรงพยาบาล 3. สำนักรวการตายมารดาโดยกรมอนามัย (แบบรายงาน CE)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วิธีการประเมินผล :

กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหา
สัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย

เอกสารสนับสนุน :

แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา
(อื่นๆถ้ามี)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
	อัตราส่วนการ ตายมารดาต่อ การเกิดมีชีพ 100,000 คน	31.2 (กรมอนามัย)	22.4 (ค่าคาด ประมาณWHO)	24.26

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426
โทรสาร : 02-5904427
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064
E-mail : Jinpat2503@gmail.com
 - นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425
โทรสาร : 02-5904427
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : noi_55@hotmail.com
- กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="486 280 933 448"> 1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427 </td><td data-bbox="933 280 1495 448"> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com </td></tr> <tr> <td data-bbox="486 448 933 616"> 2. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427 </td><td data-bbox="933 448 1495 616"> นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com </td></tr> </table> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com	2. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com
1. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904425 โทรสาร : 02-5904427	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : noi_55@hotmail.com				
2. นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904438 โทรสาร : 02-5904427	นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : loogjun.ph@hotmail.com				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด , เขต , ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากระบบรายงาน HDC				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ผลการคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ 5 ด้าน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ 5 ด้าน				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	((A+B)/C) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ไม่สะสม)				

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดค่าเป้าหมายที่จะทำให้สำเร็จ ร้อยละของเด็กไทยอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ดังนี้

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล
3. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)
4. คู่มือมิสนมแม่
5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
6. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	72.8 (Denver II กรมอนามัย)	78.4 (DSPM สดป. คัดกรองใน เด็กอายุ 42 เดือนและ ไม่ได้ติดตาม)	90.6 (DSPM สดป.คัดกรอง ในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือนและรวม ติดตาม)

หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 57 , 58 ไม่มีการติดตาม วิธีการคำนวณข้อมูล แตกต่างกับ ปี 59

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table> <tr> <td>1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ</td><td>นายแพทย์ชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579</td><td>โทรศัพท์มือถือ :</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5904407</td><td>E-mail : teerboon@hotmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร</td><td>(รก.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5904427</td><td>E-mail : Jinpat2503@gmail.com</td></tr> </table> <p>สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	นายแพทย์ชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ :	โทรสาร : 02-5904407	E-mail : teerboon@hotmail.com	2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	(รก.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426	โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064	โทรสาร : 02-5904427	E-mail : Jinpat2503@gmail.com
1. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	นายแพทย์ชำนาญการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ :												
โทรสาร : 02-5904407	E-mail : teerboon@hotmail.com												
2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	(รก.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426	โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064												
โทรสาร : 02-5904427	E-mail : Jinpat2503@gmail.com												
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย</p> <p>2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>												
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table> <tr> <td>1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล</td><td>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579</td><td>โทรศัพท์มือถือ : -</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5904407</td><td>E-mail : puapat@yahoo.com</td></tr> <tr> <td>2. นางสาวณัฏชา เปรมประยูร</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 088-3089055</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5904407</td><td>E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th</td></tr> </table> <p>สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย</p>	1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ : -	โทรสาร : 02-5904407	E-mail : puapat@yahoo.com	2. นางสาวณัฏชา เปรมประยูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ : 088-3089055	โทรสาร : 02-5904407	E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th
1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ : -												
โทรสาร : 02-5904407	E-mail : puapat@yahoo.com												
2. นางสาวณัฏชา เปรมประยูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579	โทรศัพท์มือถือ : 088-3089055												
โทรสาร : 02-5904407	E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th												

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2560 วัดเฉพาะ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน)
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) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>2,500 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 5 ปี</p> <p>โภชนาการ 2,500 วันแรกของชีวิต หมายถึง อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</u> ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2) <u>จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงาน</u> โภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางการ และการนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

	3) มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงาน ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการ ดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพ ช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ประเมินตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	51	54	57	60	63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-			-	112
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth) 2. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโลก ได้แก่ Global Nutrition Targets, SDG และ The Zero Hunger Challenge 3. เพื่อให้เด็กมีระดับโภชนาการดี 4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ 5. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค สุขภาพแข็งแรง 6. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงานและผู้สูงอายุ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลัก ของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุกๆ 1 ปี				
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 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 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = (A1/B1) × 100 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2/B2) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3/B3)		
ระยะเวลาประเมินผล	1. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน 2. สำนักรวบรวมการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุก 1 ปี		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 48	ร้อยละ 49	ร้อยละ 50	ร้อยละ 51
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. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และรายงานผลพร้อมแผนการพัฒนา ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดที่ 2, 3 และ 4 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและรายงานผลพร้อมแผนการพัฒนา ส่งให้ศูนย์อนามัยตราดที่ 2, 3 และ 4 4. ศูนย์อนามัยส่งเสริมตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและรายงานผลพร้อมข้อเสนอแนะ ส่งให้ส่วนกลางตราดที่ 2, 3 และ 4 5. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย		

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) 4. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3*	ร้อยละ	-	46.3	47.4
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 111** หญิง=109**	เซนติเมตร เซนติเมตร	- -	- -	- -
*ข้อมูลรายงานจาก HDC งวดที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558					
**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณัฐวรรณ เชวาน์ลิลิตกุล				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	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 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อยร้อยละ 50	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 60	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 70	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐานร้อยละ 80	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
วัตถุประสงค์	1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย 2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรม สุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นป.1 ทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ทุกจังหวัดมีเครือข่ายบริการกระตุ้น พัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า อย่างน้อยร้อยละ 50

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 80

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100		
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย					
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none">- บทความพื้ฟูวิชาการ: 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	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div>1. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ </div>					

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	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. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ได้อาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง 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 (ในคนเดียว)</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	ปีงบประมาณ
	60	61	62	63	64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	68	70	72	74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	-	155
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 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	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = (A1/B1) x 100		
สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม	2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = (A2/B1) x 100		
	3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = (A3/B1) x 100		
	4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = (A4/B1) x 100		
	5. ความครอบคลุม = (B1/B2) x 100		
	6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = (A5 / B3)		
	7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = (A6 / B4)		
	ระยะเวลาประเมินผล	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 และลงข้อมูลเดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ม.ค.	
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.59)	ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.60) และ 5

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.60)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.61) และ 5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.61)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.62) และ 5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.62)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.63) และ 5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีคศ.63)	ชั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีคศ.64) และ 5

วิธีการประเมินผล :

- ชั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด
- ชั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ
- ชั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง
- 3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน) และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง
- 3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค.
ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย.
ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ม.ค. 2560
- 3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค.
ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย.
ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2560

	<p>ขั้นตอนที่ 4 จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)</p> <p>4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน</p> <p>4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นิ่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล</p> <p>4.4 มีรายงานการส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงไปยังสถานบริการสาธารณสุขและ จัดส่งรายงานตามระบบ</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดมีรายงาน ดังนี้</p> <p>5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน</p> <p>5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูข.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 3. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน 4. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการ สาธารณสุขและคลินิก DPAC 5. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 6. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 7. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน 8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูเล่ห์สวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 10. หนังสือข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน 11. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน 12. แผ่นพับผักผลไม้สีรุ้ง 13. แผ่นพับโตขึ้นหุ่นดีไม่มีอ้วน 14. แผ่นพับการออกกำลังกายสำหรับนักเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	64	ร้อยละ	64	62.6	64.2
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	-	ร้อยละ	-	5.2	-
เด็กอายุ 5-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	17.0	ร้อยละ	8.8	9.5	13.1
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	-	ร้อยละ	-	7.5	-
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี					
-ชาย	148.2	เซนติเมตร	-	-	-
-หญิง	151.1	เซนติเมตร	-	-	-

หมายเหตุ : ข้อมูลส่วนสูงเฉลี่ย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-2

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div>1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334</div> <div>โทรสาร : 02-5904339</div> <div>นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 02-5904339</div> <div>E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</div> </div> <div> <div>2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334</div> <div>โทรสาร : 02-5904339</div> <div>นักโภชนาการปฏิบัติการ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 02-5904339</div> <div>E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</div> </div> กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div>1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334</div> <div>โทรสาร : 02-5904339</div> <div>นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 02-5904339</div> <div>E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</div> </div> <div> <div>2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334</div> <div>โทรสาร : 02-5904339</div> <div>นักโภชนาการปฏิบัติการ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 02-5904339</div> <div>E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</div> </div> กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

3. นายชัยชนะ บุญสุวรรณ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336

โทรสาร : 02-5904339

นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์มือถือ : 02-5904339

E-mail : chaichana.b@anamai.mail.go.th

	<p>4. นางสาวสุรีย์รัตน์ พัฒนจารุกิตติ นักโภชนาการปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : -</p> <p>โทรสาร : 02-5904339 E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th</p> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
--	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	7. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป				
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (โรงเรียนเทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนและสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อุดหนุนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง</p> <p>ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี (ฉบับย่อ)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปี 2560		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ร้อยละ 70		ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย 2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) 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) x 100					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4					
เกณฑ์การประเมิน						
ปี 2560 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	-	-	-	ร้อยละ 70		
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 :	วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทย					
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 ต่อ 70902, 70305 โทรศัพท์มือถือ : 081-8605945 โทรสาร : 02-2488903 E-mail: ampornbenja@yahoo.com 2. แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2488900 ต่อ 70390 โทรศัพท์มือถือ : 086-7889981 โทรสาร : 02-6402034 E-mail : janarpar@gmail.com กลุ่มยุทธศาสตร์และคุณภาพ สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต					

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	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 :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 52	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	1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B)/C \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน : เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง					
ปี 2560 : A : Caries free จะต้องไม่ต่ำกว่าค่าพื้นฐาน(Baseline) จังหวัดที่ไม่มี Baseline ให้ใช้ ร้อยละ 50					
ปี 2560-2564 : ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (รอบ 3, 6 และ 9 เดือน) ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (รอบ 12 เดือน)					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	
	15	30	45	52	

	7. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน 8. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
			2544	2550	2555
	กลุ่มอายุ 12 ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	47.0	49.4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th 2. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com กรมอนามัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904217 โทรศัพท์มือถือ : 087-4977907 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : dentdata@gmail.com 2. นางสาวถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213 โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995 โทรสาร : 02-5904203 E-mail : namkajeab2012@gmail.com กรมอนามัย				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี			
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
ปี 2560		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
42		40	38	36
ปี 2564		34		
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 1,000			
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลปีละ 1 ครั้ง ในไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
42		42	42	42
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		-	-	40
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		-	-	38

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประมวลผลย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	47.9	44.8	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242

โทรสาร : 02-5904163

2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166

โทรสาร : 02-5904163

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276

E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339

E-mail : am-piyarat@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลทุก 1 ปี

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166

โทรสาร : 02-5904163

2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4167

โทรสาร 02-590-4163

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339

E-mail : am-piyarat@hotmail.com

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339

Email : poppysunko.j@gmail.com

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ				
คำนิยาม	ประชาชนชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี– 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงาน ให้มีสุขภาพดี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชนวัยทำงาน อายุ 18 ปี – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รพ.สต. และPCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และ ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) 2. จากการสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน ที่ เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (ทำร่วมกับการสำรวจการบริโภคอาหารที่ เหมาะสม) 3. จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย จากสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.)				
แหล่งข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพช./รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.) 2. ระบบคลังข้อมูล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3. ระบบข้อมูล BRFSS สำนักโรคไม่ติดต่อ 4. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายสำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.) 5. จากการสำรวจโดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน ของสำนัก โภชนาการ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				

ระยะเวลาประเมินผล	การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 – 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
รอบ 12 เดือน					
ส่วนกลาง		ร้อยละ 60		ร้อยละ 80 จังหวัด	
- ประสานความร่วมมือกับ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ ในการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ สุขภาพดี โดยให้มีค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ		จังหวัด ดำเนินงานตาม แนวทาง/ มาตรการ		ดำเนินงานตาม แนวทาง/มาตรการ	
- จัดทำและสนับสนุนคู่มือ/มาตรการดำเนินงานโภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ					
- ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย					
- จัดตั้งทีมนิเทศติดตามและประเมินผล					
วิธีการประเมินผล :		1. การตรวจราชการแต่ละจังหวัดและนิเทศศูนย์อนามัย และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย			
		2. การสุ่มสำรวจ ทุก 3 ปี			
เอกสารสนับสนุน :		1. โรคอ้วนลงพุง			
		2. พิกิตอ้วน พิกิตพุง			
		3. คู่มือหุ่นสวย ด้วยตนเอง			
		4. ขยับกับกิน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
				2559	
ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกาย ปกติ		ร้อยละ	39.64 BMI ปกติ	36.43	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางกุลพร สุขุมลตระกูล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ			
		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรศัพท์มือถือ :			
		โทรสาร : 02-5904339 E-mail : kunpunk11@gmail.com			

	<p>2. นางวสุนธิ์ เสรีสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>3. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : wasuntharee.s@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงาน กรมอนามัย (ผ่านระบบ KISS)	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904307-8 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 098-2639591 E-mail : wipasri.s@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ
คำนิยาม	<p>กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายใดๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อและพลังงาน ไม่ว่าจะเป็นในการทำงาน การเดินทาง หรือ กิจกรรมนันทนาการ</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย แต่ยังพูดเป็นประโยคได้ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ยกของเบา (4 MET)</p> <p>กิจกรรมทางกายระดับหนัก คือ การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อย จนพูดเป็นประโยคไม่ได้ เช่น วิ่ง ยกของหนัก (8 MET)</p> <p>กิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ และ/หรือ กิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ หรือรวมกัน</p> <p>MET ย่อมาจาก Metabolic Equivalent เป็นหน่วยบอกจำนวนเท่าของการใช้พลังงานในกิจกรรมใดๆ เทียบกับขณะนั่งพัก ซึ่งเท่ากับ 1 MET ยกตัวอย่างเช่น การเดินขึ้นบันไดจะใช้พลังงาน 8 เท่าของขณะพักหรือ 8 METs</p> <p>ชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง ชมรมที่มีการจัดตั้งเพื่อมีการจัดกิจกรรมทางกาย เช่น เดินแอโรบิก จักรยาน การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำพลอง การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา ต่างๆ เป็นต้น โดย รพ.สต. หรือหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เป็นคนจัดตั้ง หรือ ชุมชนจัดตั้งกันเอง โดย รพ.สต. สนับสนุนชมรม เช่น การให้ความรู้ เป็นต้น</p> <p>เกณฑ์ของชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง เกณฑ์ที่ประเมินชมรมกิจกรรมทางกายที่มีการดำเนินกิจกรรมทางกายเป็นอย่างดี ซึ่งต้องมี 6 องค์ประกอบ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องมีโครงสร้างชมรมที่ชัดเจน (มีคณะทำงานผู้รับผิดชอบ) - มีแกนนำในการมีกิจกรรมทางกายที่ได้รับการฝึกอบรมการมีกิจกรรมทางกาย - จัดกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นชมรมจักรยาน ชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายสะสม อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาที/วัน ต่อสัปดาห์ - มีสถานที่การมีกิจกรรมทางกายที่แน่นอน ปลอดภัย - มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากชุมชน - มีสมาชิกชมรมฯ อย่างน้อย 20 คน

	หมายเหตุ : สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง คือกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเก็บข้อมูล) และร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีชมรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (สำหรับหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ (สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง คือ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเก็บข้อมูล)					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80		ร้อยละ 81	ร้อยละ 82	ร้อยละ 83	ร้อยละ 84
เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีชมรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (สำหรับหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50		ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์		เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีร่างกายที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		แบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ			
แหล่งข้อมูล		กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ทั่วประเทศ			
รายการข้อมูล 1		A= กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2		B= ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล		รอบ 12 เดือน (โดยผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของคนไทย ปี พ.ศ.2558) รอบ 48 เดือน (โดยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการของคนไทย ปี พ.ศ. 2558) รอบ 60 เดือน (โดยผลการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลรามาธิบดี. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ - พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ - ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศไทย ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย - ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาค และโลก 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ - ได้แนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และได้ต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยเขต ละ 1 แห่ง - ได้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ - ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาค และโลก

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ถ่ายทอดแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ ให้ภาคีเครือข่ายนำไปปฏิบัติ,ติดตามประเมินผลการนำไปแนวทางไปใช้ - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนาระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย - ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศไทย ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์อนามัยเขต, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงเรียน, สถานประกอบการ, สถานบริการสาธารณสุข นำแนวทางการมีกิจกรรมทางกายไปใช้ส่งเสริม - กิจกรรมทางกายในหน่วยงาน และพื้นที่ของตน - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัยเขต ละ 2 แห่ง - ติดตามการนำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติไปปฏิบัติ - ได้ระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ปรับและพัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในคนไทย กลุ่มวัย กลุ่มอาชีพ จากการติดตามการนำไปปฏิบัติของภาคีเครือข่าย - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - ทบทวนกลยุทธ์การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ไปปฏิบัติ - ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 82 - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดละ 1 แห่ง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - เตรียมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2 - ชีทศการวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เป็้องต้น - ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดละ 2 แห่ง - ได้แนวทางการจัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2

ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
<ul style="list-style-type: none">- พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ เพิ่มเติมให้สมบูรณ์- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น- จัดทำพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2- ชีทศึกษาวิจัยกิจกรรมทางกายของประเทศ ร่วมกับศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกาย		-	-	<ul style="list-style-type: none">- คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 84- ได้แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย, การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การใช้พลังงาน ในผู้พิการแต่ละประเภท ผู้ป่วยแต่ละประเภท แรงงานต่างด้าว ผู้ไร้สัญชาติ ที่สมบูรณ์- ขยายต้นแบบการบริหารจัดการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดละ 3 แห่ง- ได้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 2		
วิธีการประเมินผล :		การสำรวจ ด้วยแบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ				
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none">1. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ.2. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม ทำสถานการณ์โรค NCDs. 2557.3. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลรามาธิบดี. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของคนไทย ปี พ.ศ.2558.5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการของคนไทย ปี พ.ศ. 2558.				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	ร้อยละ	81	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<div> <div> 1. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรสาร : 02-5904584 </div> <div> นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> <div> 2. นางณัฐภา กิจสมมารถ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรสาร : 02-5904584 </div> <div> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-1069629 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th </div> </div> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<div> <div> 1. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรสาร : 02-5904584 </div> <div> นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> <div> 2. นางณัฐภา กิจสมมารถ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรสาร : 02-5904584 </div> <div> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-1069629 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th </div> </div> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	12. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์				
คำนิยาม	<p>- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <p>1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว</p> <p>2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล</p> <p>6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)</p> <p>7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล</p> <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none">● ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ● มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50		ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วม				

	ร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ 2.สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่/จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3,6,9,12 เดือน								
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ศูนย์อนามัยที่ 1-13 และ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 35</td><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 50</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50						
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 45</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 60</td></tr></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><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 50</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 70</td></tr></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><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 60</td><td>ร้อยละ 65</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></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><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 75</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 95</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95						

วิธีการประเมินผล :	1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัยเขตส่งประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL 4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27.0 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนาร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. นายแพทย์อุดม อัสวตมางกูร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904508 โทรสาร : </div> <div> ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : asawut@hotmail.com, udom.a@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> <div> 2. นางวิมล บ้านพวน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904508 โทรสาร : </div> <div> หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : 097-2419729 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย </div>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div> 1. นางอรรวณี อนันตรสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร : </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563 E-mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย </div>				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัด	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของ Healthy Ageing				
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายความว่า ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ ตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน</p> <p>การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none">- คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ- คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes- ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล				
เกณฑ์เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นหรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 85		ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 89
วัตถุประสงค์	<p>วัตถุประสงค์หลัก :เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์เฉพาะ:</p> <ol style="list-style-type: none">1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา2.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ3.เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข				

	2) สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 3) การจัดเก็บ รวบรวม ติดตามผล โดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและ สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ กรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	ทั้งประเทศ / รายเขต / อำเภอ / ตำบล / รายบุคคล (ได้จากฐานข้อมูล โดยการตรวจราชการโดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน การแพทย์ กรมการแพทย์) หรือ การประเมินผลและติดตามคุณภาพข้อมูล, การนิเทศ, สุ่ม สำรวจ (กรณีที่ยังไม่ได้รับข้อมูลจากการตรวจราชการ/นิเทศ)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent)		
รายการข้อมูล 2	B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ เพื่อการดูแล		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	ร้อยละ 85
ปี 2561:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	ร้อยละ 86
ปี 2562:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	ร้อยละ 87
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	ร้อยละ 88
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัด กรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	ร้อยละ 89

วิธีการประเมินผล :	1) เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2) ทีมสำรวจความก้าวหน้า/ยุทธวิธีในการดำเนินงาน 3) สรุปผลการประเมิน ADL ของผู้สูงอายุในพื้นที่(ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต) โดยใช้แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียดปรากฏในคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 4) คำนวณอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รายตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และส่งข้อมูลต่อยังสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำเป็นภาพรวมทั้งประเทศ 5) ตรวจสอบข้อมูล ผ่านระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์				
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 3. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) **ที่มา: 4 th National Health xamination survey, Thailand.	ร้อยละ	85.0		- **รอสรุปข้อมูลจากผลการตรวจราชการ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-0248487 โทรศัพท์มือถือ : 086-7760768 โทรสาร : 02-5918279 Email : drprapun@yahoo.com 2. นางสาวปิยนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906255 โทรศัพท์มือถือ : 087-0904560 โทรสาร : 02-5918279 Email : piyanut.igm@hotmail.com สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง				
คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดในประเทศไทย จำนวน 77 จังหวัด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	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) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)

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 80)

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	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด
2	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตาม ความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณี เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใน พื้นที่จังหวัด	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการ เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด

	3	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรม การปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน		
	4	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด		
	5	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.พ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901776 โทรสาร : 02-5901784		ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อวิทยา โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kepidem@gmail.com		
	2. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784		นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jessajezzy@hotmail.com		

	<p>3. น.ส.ประภาศรี สามใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>4. น.ส.วัชรภรณ์ ยุกเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>5. น.ส.วรรณิ ศรีสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Pat172012@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : aun-aun@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ta-liw-o@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>2. น.ส.ประภาศรี สามใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>3. น.ส.วัชรภรณ์ ยุกเขต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p> <p>4. น.ส.วรรณิ ศรีสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรสาร : 02-5901784</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jessajezzy@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : Pat172012@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : aun-aun@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ta-liw-o@hotmail.com</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	15. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>2.3.วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอดที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>3.1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>3.2. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3.3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p>

	4. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม				
	5. ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 85		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรักษา ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลสำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ 2. โปรแกรม TBCM online				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100 <u>เงื่อนไขการคำนวณ</u> 1. กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2560 2. เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา(Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2560 ในปีนี้จึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา (Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น 3. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค				

ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 2 หรือ ไตรมาส 3													
เกณฑ์การประเมิน															
ปี 2560 - 2564 :															
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
		ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85										
วิธีการประเมินผล		<div>แนวทางการประเมินผล</div> <div>1. ระดับสำนักวัณโรค</div> <div>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพรวมของประเทศ</div> <div>2. ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</div> <div>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในระดับพื้นที่</div> <div>3. ระดับจังหวัด</div> <div>ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด</div> <div>เกณฑ์การให้คะแนน</div> <div>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ</div> <div>ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</div> <table><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		<div>1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</div> <div>2.แบบฟอร์ม TB08</div> <div>3.ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online</div>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
				2557	2558										
		อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4										
					ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน										

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</td><td>ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com</td></tr> <tr> <td>3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7990963 E-mail : auttagorn@gmail.com</td></tr> <tr> <td>4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</td></tr> </table> <p>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</p>	1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com	2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com	3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7990963 E-mail : auttagorn@gmail.com	4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com
1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710 E-mail : phalin1@hotmail.com								
2. นายสุขสันต์ จิตติมณี โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645 E-mail : ssthaitb@yahoo.com								
3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7990963 E-mail : auttagorn@gmail.com								
4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com								
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</p>								
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935</td><td>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com</td></tr> </table> <p>กรมควบคุมโรค</p>	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com						
1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : swillwan@yahoo.com								

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก				
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW) กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา(PWID)</p> <p>2. เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง การให้บริการป้องกันที่มีผู้ให้บริการ โดย</p> <p>(1)ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2)เครือข่ายเพื่อน (3)ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4)มารับบริการเอง หรือนัดหมายจากหน่วยบริการ ซึ่งได้รับบริการครบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่</p> <p>1) ได้รับข้อมูลการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา(สำหรับPWID)</p> <p>2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น(สำหรับ MSM ,SW)และอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อสำหรับ PWID)</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STIและการรักษาด้วยสารทดแทน/เมทาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดย มีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code) กรณีที่เข้าถึงบริการโดย ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3ข้อ ได้แก่ 1)ม3)และ4) เท่านั้น</p> <p>บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง บริการที่ได้รับจาก สถานพยาบาลภาครัฐ และ หรือ จากหน่วยงานภาคประชาสังคม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
85		87	90	92	94
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI ได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก ซึ่งหมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมถึงสาวประเภทสอง (MSM)กลุ่มพนักงานบริการ(SW) กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา(PWID)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ RIHIS – online				

แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล RIHIS จากสำนักโรคเอดส์ และการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา&ศบ.จอ. กรมควบคุมโรค						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จำแนกรายกลุ่มประชากร (จำนวน MSM &TG ,SW,PWID) รายจังหวัด						
รายการข้อมูล 2	B = คาดประมาณจำนวนประชากรของกลุ่มประชากรหลัก รายจังหวัดของแต่ละกลุ่มประชากร						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ฯ ในสูตร ทั้งตัวตั้ง และตัวหาร หมายถึง ใช้ข้อมูลที่เป็นผลรวมของ MSM&TG + SW + PWID						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4						
เกณฑ์การประเมิน :							
ปี 2560 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		ผลงานรอบ 12 เดือน	
-		-		-		ผลการดำเนินงาน 85 %	
ปี 2561 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		ผลงานรอบ 12 เดือน	
-		-		-		ผลการดำเนินงาน 87%	
ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		ผลงานรอบ 12 เดือน	
-		-		-		ผลการดำเนินงาน 90%	
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		ผลงานรอบ 12 เดือน	
-		-		-		ผลการดำเนินงาน 92%	
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		ผลงานรอบ 12 เดือน	
-		-		-		ผลการดำเนินงาน 94%	
วิธีการประเมินผล :		ประเมินผลจาก ผลการดำเนินงาน บรรลุตามเป้าหมายที่เกณฑ์ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ คะแนน ตามผลการดำเนินงาน โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงาน จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกัน จำแนกรายกลุ่มประชากร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 ดังนี้					
		ผลงานรายปี ปี2560	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 4 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
		ร้อยละ	81	83	85	87	89

เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูล จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล RIHIS จำแนกรายกลุ่มประชากร 2.ข้อมูล การคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำแนกรายกลุ่มประชากร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ	53	61	65	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	1. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการ ปัญหาเอดส์แห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-3884 โทรศัพท์มือถือ : 086-880-0701 โทรสาร : E-mail : taweesap@rocketmail.com 2. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-590-3201 โทรศัพท์มือถือ : 084-378-3913 โทรสาร : E-mail : sumet_0@hotmail.com				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนาลดา ประสงค์ศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903084 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : potisi2002@yahoo.com กองแผนงาน กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. คุณเพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903208 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5918413 E-mail : pensri43@hotmail.com สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค 2. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-3828 โทรศัพท์มือถือ : 081-7833624 โทรสาร : 02-9659153 E-mail : itimpornt@yahoo.com ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี				
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่</p> <p>มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา สุนัข (ตาม เอกสารสนับสนุนหมายเลข 1) ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของ กระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน</p> <p>หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจ อุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ</p> <p>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล</p> <p>หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หาก สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา</p> <p>หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี และให้ การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ</p> <p>หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์ และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การ บริโภคปลาดิบ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 29 จังหวัดเสี่ยงสูง 145 อำเภอ 216 ตำบล (รวมพื้นที่ปี 2559 84 อำเภอ 84 ตำบล) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา อุตรธานี 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 (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan – Cohort 2. เก็บข้อมูลจากตำบลเป้าหมาย								
แหล่งข้อมูล	จากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมายคือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1, 6, 7, 8, 9 และ 10								
รายการข้อมูล 1	A = ตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานครบ 5 มาตรการ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 216 ตำบล								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลไตรมาส 1, 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5 11 ตำบล</td><td>ร้อยละ 30 63 ตำบล</td><td>ร้อยละ 55 115 ตำบล</td><td>ร้อยละ 80 168 ตำบล</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5 11 ตำบล	ร้อยละ 30 63 ตำบล	ร้อยละ 55 115 ตำบล	ร้อยละ 80 168 ตำบล
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5 11 ตำบล	ร้อยละ 30 63 ตำบล	ร้อยละ 55 115 ตำบล	ร้อยละ 80 168 ตำบล						
การรายงานผลการดำเนินงานเป็นการรายงานแบบสะสม รอบ 3 6 9 และ 12 เดือน									
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80						
ปี 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80						
ปี 2564 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80						

วิธีการประเมินผล :

ให้คะแนนตามร้อยละผลการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ไตรมาส	ค่าคะแนน					ค่าคะแนนที่ได้
	1	2	3	4	5	
1	ร้อยละ 1	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	
2	ร้อยละ 26	ร้อยละ 27	ร้อยละ 28	ร้อยละ 29	ร้อยละ 30	
3	ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	
4	ร้อยละ 75	ร้อยละ 76	ร้อยละ 78	ร้อยละ 79	ร้อยละ 80	

เงื่อนไขของตัวชี้วัด

1. ความสำเร็จของการดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” 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 มาตรการ และ มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

2.1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระ และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 80 (80,000 ราย จากทั้งหมด 100,000 ราย)

2.2 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ 80 (128,000 ราย จากทั้งหมด 160,000 ราย)

2.3 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 80 (640 ราย จากทั้งหมด 800 ราย)

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวาย เป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปี พุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญ พระชนมพรรษา 84 พรรษา 2. คู่มือการใช้งาน Isan Cohort 3. หลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	-	ร้อยละ	-	-
หมายเหตุ : เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบในปีงบประมาณ 2560				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918436 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : oranard.w@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ศูนย์ประสานงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโครงการตามพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903180, 02-5918437 โทรศัพท์มือถือ : 081-8753568 โทรสาร : 02-5918436 E-mail : jobthelwg1@yahoo.com กรมควบคุมโรค			

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี				
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ				
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน					
ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
≤ 5.0		≤ 4.5		≤ 4.0	
ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565	
≤ 3.5		≤ 3.0		≤ 2.5	
วัตถุประสงค์		เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. สถาบันการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล		1. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของ กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) × 100,000			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
≤ 150 คน		≤ 300 คน		≤ 450 คน	
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
≤ 135 คน		≤ 270 คน		≤ 405 คน	
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
≤ 120 คน		≤ 240 คน		≤ 360 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												
วิธีการประเมินผล :		ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2560 ดังนี้ <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>อัตรา</td> <td>>5.6 - 5.8</td> <td>>5.4 - 5.6</td> <td>>5.2 - 5.4</td> <td>>5.0 - 5.2</td> <td>≤5.0</td> </tr> </table>					คะแนน	1	2	3	4	5	อัตรา	>5.6 - 5.8	>5.4 - 5.6	>5.2 - 5.4	>5.0 - 5.2	≤5.0
คะแนน	1	2	3	4	5													
อัตรา	>5.6 - 5.8	>5.4 - 5.6	>5.2 - 5.4	>5.0 - 5.2	≤5.0													
เอกสารสนับสนุน :		1. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com)																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
				2557	2558	2559												
		5.9	อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน	6.8	5.9	-												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสาวสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com 2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519 โทรสาร : E-mail : som_atat@yahoo.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวสุชาดา เกิดมงคลการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 086-5167476 โทรสาร : E-mail : jew_suchada@hotmail.com																

	<p>2. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-1303519</p> <p>โทรสาร : E-mail: som_atat@yahoo.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
--	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)														
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ														
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	19. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน														
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน</p>														
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจาก สนย. โดยขอ ตั้งเป้าหมาย 5 ปี ดังนี้</p> <table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														

แหล่งข้อมูล	จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2560 เดือนตุลาคม 59 - กันยายน 60
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2559
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน (ลดลง 14% จากค่า median ปี 2553-2555 = 13,819 ราย โดยคิดแยกเป็นรายเดือนในแต่ละไตรมาส)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนไม่เกิน 2,997 คน	จำนวนไม่เกิน 6,201 คน	จำนวนไม่เกิน 9,209 คน	ไม่เกิน 18 ต่อแสน ประชากร

การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)

ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการเสียชีวิตจากการ บาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 18 ต่อ แสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อ แสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อ แสนประชากร

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 16 ต่อ ประชากรแสนคน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อ ประชากรแสนคน

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อ ประชากรแสนคน

ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อ ประชากรแสนคน
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมิน เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2560 ดังนี้			
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	19	18.75	18.5	18.25
				18
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	
	21.86	จำนวน	12,901 ราย	11,567 ราย
	ค่ามัธยฐาน	อัตราต่อ	(19.96)	(17.81)
	3 ปี	ประชากรแสน		(18.97)
	(ปี53-55)	คน		
	ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com 2. นายแพทย์ไพฑูริ์ สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7990825 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : zalenxxx@gmail.com 3. นายจรศักดิ์ จันทร์พานิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 084-6724678 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : khajohn_j@hotmail.com สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-7883020 โทรสาร : 02-5903968 E-mail : nuchtt@yahoo.com			

	<p>2. นางสาวชลธิชา คำสอ</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน :02-5903967 โทรศัพท์มือถือ : 089-9243915</p> <p>โทรสาร : 02-5903968 E-mail : c.kamsor@gmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
--	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน				
คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.16
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์				

เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานใน พื้นที่รับผิดชอบของปี ที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ คำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานใน พื้นที่รับผิดชอบของปี ที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ คำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40

หมายเหตุ คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุรี
2. ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กก./ม² หรือใกล้เคียง รอบเอว น้อยกว่าส่วนสูง/2 (เซนติเมตร)
3. ออกกำลังกาย ***หนักระดับปานกลาง 30 นาทีต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์
4. ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้
5. หยุดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ***ในรายที่หยุดดื่มไม่ได้ แนะนำให้ลดการดื่มลง

(ผู้ชาย < 2 หน่วยมาตรฐาน; ผู้หญิง < 1 มาตรฐาน)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16

วิธีการประเมินผล :

ติดตามจากระบบรายงานใน HDC ตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

เอกสารสนับสนุน :

คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	-	2.09	2.40

ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982

โทรสาร : 02-5903982

2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985

โทรสาร : 02-5903982

3. แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963

โทรสาร : 02-5903964

ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911

E-mail : dr.tum@hotmail.com

รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408

E-mail : jurekong@gmail.com

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข

โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911

E-mail : wsu_1978@hotmail.com

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. แพทย์หญิงสุนี วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903963 โทรสาร : 02-5903964 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>
---	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)										
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ										
โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย										
คำนิยาม	<p>1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด)</p> <p>2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง</p> <p>3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 21.1-21.8)</p> <p>4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 21.1-21.8)</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80							
หมายเหตุ : เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 ในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อย 21.1-21.8 โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารตามช่องทางที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด										
แหล่งข้อมูล	<p>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ส่วนภูมิภาค : เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 - 2564 :				
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย.	<ul style="list-style-type: none">มีคณะทำงานแก้ไขปัญห ความไม่ปลอดภัยอาหารมีทีม SAT แบบบูรณาการ ด้านอาหารมีแผนการดำเนินการ ในภาพรวมของประเทศดำเนินการตามแผน การดำเนินงานไม่น้อย กว่าร้อยละ 30 ของแผนติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ	<ul style="list-style-type: none">โครงสร้างของ ระบบข้อมูลการเฝ้า ระวังมีแนวทางการแจ้ง เตือนภัยและจับ สัญญาณความเสี่ยงดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผนติดตาม ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานใน ภาพรวมของ ประเทศ	<ul style="list-style-type: none">มีการทดลองนำเข้า ข้อมูลการเฝ้าระวังทดลองระบบ การจัดการความเสี่ยง ด้านอาหารดำเนินการตามแผน การดำเนินงานไม่น้อย กว่าร้อยละ 100 ของ แผนติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศ	<ul style="list-style-type: none">คู่มือการปฏิบัติงาน ของระบบการจัดการ ความเสี่ยงด้านอาหารแผนการจัดการความ เสี่ยงแบบบูรณาการติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศสรุปผลการ ดำเนินงานใน ภาพรวมของประเทศประสานและจัดส่ง ข้อมูลการดำเนินงาน ให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง
เขตบริการ สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">มีแผนการดำเนินงาน อาหารปลอดภัยระดับ เขตบริการสุขภาพดำเนินการตามแผนการ ดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของแผนติดตามและรายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของหน่วยงาน ในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของแผนติดตามและรายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของ หน่วยงานในเขต บริการสุขภาพ ผ่าน กลไกคณะอนุกรม การคุ้มครอง ผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">ดำเนินการตาม แผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผนติดตามและรายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของ หน่วยงานในเขตบริการ สุขภาพ ผ่านกลไกคณะ อนุกรม การคุ้มครอง ผู้บริโภค ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับ เขต	<ul style="list-style-type: none">ติดตามและรายงาน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของ หน่วยงานในเขต บริการสุขภาพ ผ่าน กลไกคณะอนุกรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพระดับเขตประสานและจัดส่ง ข้อมูลผลการ ดำเนินงานให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสจ.	<ul style="list-style-type: none">มีแผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัดดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผนรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของแผนรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไก คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผนรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขตประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด		
วิธีการประเมินผล :		การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการแล้วแต่กรณี				
เอกสารสนับสนุน :		เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 21.1-21.8				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		1. อาหารสด		-	-	-
		1.1 ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	96.91	97.82	97.52
		1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	98.47	95.51	92.94
		2. อาหารแปรรูป				
		2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	-	-	-
		2.2 ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	59.46	67.08	68.36
		2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70
		2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	92.86	92.28	91.07
		2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/ก๊วยชุนมจีน)	ร้อยละ	76.04	67.68	71.25
		2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	89.14	84.60	76.82
หมายเหตุ: *ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น						

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614 โทรศัพท์มือถือ : 081-8579535</p> <p>โทรสาร : 02-5901614 E-mail : privaxma@hotmail.com</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. นายวันชัย ศรีทองคำ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907216 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-5915462 E-mail : wanchai@fda.moph.go.th</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <p>1. นางนิธิดา บัตรพรธนะ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901614 โทรศัพท์มือถือ : 093-3296998</p> <p>โทรสาร : 02-5901614 E-mail : pattanastar@hotmail.com</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214 โทรศัพท์มือถือ : 087-3389303</p> <p>โทรสาร : 02-5907322 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>3. นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907214 โทรศัพท์มือถือ : 086-6914195</p> <p>โทรสาร : 02-5907322 E-mail : planning.food@gmail.com</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>เฉพาะผลงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. น.ส.จิตธาดา แซ่เจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786</p> <p>โทรสาร : 02-5918457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองแผนงานและวิชาการ)</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	22. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
คำนิยาม	พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง พฤติกรรมของเกี่ยวกับการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค โดยขึ้นกับเรื่องที่รณรงค์ตามแผนงานและโครงการในแต่ละปี ซึ่งจะเป็นการประเมินจากแบบสำรวจพฤติกรรมที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 71	ร้อยละ 71	ร้อยละ 72
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแผนงาน/โครงการ ดำเนินกิจกรรม (ในระยะ 5 ปี แรก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการกับกลุ่มผู้บริโภคที่มีอายุตั้งแต่ 11 – 60 ปีขึ้นไป)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจ				
แหล่งข้อมูล	จัดจ้างหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา เป็นผู้ดำเนินการสำรวจ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้บริโภคที่สำรวจทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u> 1.1 ได้ (ร่าง) เกณฑ์ สัญลักษณ์โภชนาการ สำหรับกลุ่มอาหารที่มี ขอบข่าย ดังนี้ 1) อาหารกึ่งสำเร็จรูป 2) ขนมขบเคี้ยว รวมถึงผลิตภัณฑ์ OTOPs 1.2 ได้คู่มือหรือสื่อ สิ่งพิมพ์ ประชาสัมพันธ์ <u>2. ฉลากอาหารแบบจีดีเอ</u> 2.1 ได้ (ร่าง) ประกาศ สธ.อาหารที่ต้องแสดง ฉลากโภชนาการและ ค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบ GDA	<u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u> 1.1 ได้ (ร่าง) เกณฑ์ สัญลักษณ์โภชนาการ สำหรับกลุ่มอาหารที่มี ขอบข่าย ได้แก่ ไอศกรีม <u>2. ฉลากอาหารแบบจีดี</u> <u>เอ</u> 2.1 ประชาพิจารณ์ (ร่าง) ประกาศ สธ. อาหารที่ต้องแสดงฉลาก โภชนาการและ ค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียม แบบจี ดีเอ <u>3. ประชาสัมพันธ์และ</u> <u>เผยแพร่ความรู้</u>	<u>1.สัญลักษณ์โภชนาการ</u> <u>อย่างง่าย</u> 1.1 ได้ (ร่าง)เกณฑ์ สัญลักษณ์โภชนาการ สำหรับกลุ่มอาหารที่มี ขอบข่าย ดังนี้ 1) ผลิตภัณฑ์โฮลเกรน 2) น้ำมันและไขมัน <u>2. ฉลากอาหารแบบจีดีเอ</u> 2.1 เสนอ (ร่าง) ประกาศ สธ.อาหารที่ต้องแสดงฉลาก โภชนาการและค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียม แบบจีดีเอ ต่อ คณะกรรมการอาหาร <u>3. ประชาสัมพันธ์และ</u> <u>เผยแพร่ความรู้</u>	1. ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ความรู้ 2. ประเมิน พฤติกรรมผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ อาหาร

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผน ที่วางไว้ ร้อยละ 20	ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 50	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่ วางไว้ ร้อยละ 70	ประเมินผลผู้บริโภค มีพฤติกรรมการ บริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ดี ร้อยละ 70

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผน ที่วางไว้ ร้อยละ 20	ดำเนินกิจกรรมได้ตาม แผนที่วางไว้ ร้อยละ 50	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่ วางไว้ ร้อยละ 70	ประเมินผลผู้บริโภค มีพฤติกรรมการ บริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ดี ร้อยละ 71

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 20	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 50	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 70	ประเมินผลผู้บริโภคมียุติกรรมกรบริโภคมลิตภณท์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 71

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 20	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 50	ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 70	ประเมินผลผู้บริโภคมียุติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี ร้อยละ 72

วิธีการประเมินผล :	ใช้การวิจัย				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายศุภกาญจน์ โภคัย				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292 โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786</p> <p>โทรสาร : 02-5918457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป				
คำนิยาม	<p>ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิง ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ</p> <p>การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน</p> <p>ความชุกของผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	18	17.5	17	16.5	16
วัตถุประสงค์	<p>1. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง</p> <p>2. เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของประชากรวัยทำงานในปัจจุบัน</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย อายุ 15-70 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ HDC e-file				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ /สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ /สนย.สป				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมดอายุ 15 ปีขึ้นไป				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (จากการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ/การสำรวจ ทุก 2 ปี หรือ การสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือ HDC e-file)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				≤ ร้อยละ 18	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			≤ ร้อยละ 17.5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			≤ ร้อยละ 17

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			≤ ร้อยละ 16.5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			≤ ร้อยละ 16

วิธีการประเมินผล :

โดยการพิจารณาข้อมูลจากการสำรวจร้อยละผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 หรือ HDC/E-file หรือ การสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	มากกว่าร้อยละ 20.90	ร้อยละ 20.90-19.91	ร้อยละ 19.90-19.01	ร้อยละ 19.00 - 18.01	≤ ร้อยละ 18

แนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

1. บูรณาการแผนงานโครงการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดและมีการจัดตั้งหรือบูรณาการ คณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการควบคุมยาสูบกับคณะกรรมการอื่นที่มี เพื่อวางแผน ควบคุมกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัด
2. ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมกับจังหวัดในการดำเนินการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะ เยาวชน (Gen Z) ในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน/ สถานศึกษาและชุมชน
3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชนและคนในชุมชน
4. ส่งเสริม สนับสนุนสร้างความครอบคลุมการบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ ทุกระดับ
5. จัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีการบูรณาการและส่งเสริมการดำเนินงาน กิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

	6. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน ยินยอมปฏิบัติตาม และการเฝ้าระวังเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ				
เอกสารสนับสนุน :	1. สถานการณ์การสูบบุหรี่จำแนกตามเขต 2. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่/การดำเนินงาน Gen Z ปลอดบุหรี่ 3. แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบแบบเชิงรุก 4. แนวทาง/รูปแบบการคัดกรอง ระบบบริการเลิกบุหรี่และการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		21.4	ร้อยละ	20.7	19.9
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5806961 โทรศัพท์มือถือ : 081-4720664 โทรสาร : 02-5809307 E-mail : pantipatk@yahoo.com 2. นางวิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5806962 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5809307 E-mail : vilailak_noy@hotmail.com 3. น.ส.จิตติพร กันวิหค นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5807161 โทรศัพท์มือถือ : 081-6802524 โทรสาร : 02-5807162 E-mail : snickys3005@hotmail.com สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. น.ส.จิตติพร กันวิหค นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5807161 โทรศัพท์มือถือ : 081-6802524 โทรสาร : 02-5807162 E-mail : snickys3005@hotmail.com สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	24. ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)				
คำนิยาม	ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป หมายถึง ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยคิดจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิงข้อมูลปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) เฉลี่ยต่อหัวประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ข้อมูลประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	6.81	6.74	6.68	6.61	6.54
วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมาคิดคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในผลิตภัณฑ์และหาค่าเฉลี่ยการดื่มต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป				
แหล่งข้อมูล	1. ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิตกระทรวงการคลัง 2. ข้อมูลประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	$A = (\text{ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์})$ <p>* ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท คัดดังนี้ เบียร์ 5 ดีกรี = ร้อยละ 0.05 , เหล้า 40 ดีกรี = ร้อยละ 0.40, ไวน์ 15 ดีกรี = ร้อยละ 0.15</p>				
รายการข้อมูล 2	$B = \text{จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป}$				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน						
ปี 2560 - 2564 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				คำนวณจากข้อมูล - รายงานผลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณ นำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต - ข้อมูลประชากรกลางปีอายุ 15 ปี ขึ้นไป		
วิธีการประเมินผล :		คำนวณจากสูตรตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน :		1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
			ลิตร แอลกอฮอล์ บริสุทธิ์/คน/ ปี	6.91	6.95	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919315 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : smarnf22@gmail.com 2. นางสาวจूरีย์ อูสะหะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : jureeu@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน		1. นางสาวเสาวลักษณ์ เนคมานุรักษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : alcoholplan@gmail.com 2. นางสาวณัฐิกา ศรีรอด นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903032 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : alcoholplan@gmail.com สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค				

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	25. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	92	93	94	95	96
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการหยุดเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา หลังจำหน่าย 3 เดือน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาล ในระบบบังคับบำบัด สถานพยาบาล ในระบบต้องโทษ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	88	90	92	92	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	93	93	93	93	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
94	94	94	94

ปี 2563:

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

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
96	96	96	96

วิธีการประเมินผล : สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล

เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	87.26	87.75	92.09

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

2. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์
ราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-1403884
โทรสาร : E-mail :
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

3. นพ. อัครพล ครุศาสตร์ รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการ
สาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450
โทรสาร : E-mail :
สำนักบริหารการสาธารณสุข

4. นางระเบียบ โตแก้ว
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 097-0314811
โทรสาร : E-mail :
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

	<p>5. นางยุพา กลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>6. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>7. นางไพวัล อางหาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-9279826 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail : acharawi@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8107445 E-mail : wanarthan@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ. อัครพล ครุศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>2. นางยุพา คงกลิ่นสุคนธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901799 โทรสาร : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-5954450 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-9279826 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-1050344 E-mail : acharawi@gmail.com</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)												
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ												
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ												
ลักษณะ	Leading Indicator												
ระดับการวัดผล	เขต												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	26. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด												
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย ด้านอาหารและยา เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง</p> <div><div>1) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น</div><div>2) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตาม<div>2.1) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย. (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค)เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น</div><div>2.2) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต</div></div><p>ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ถูกฉ้อฉล</p></div>												
เกณฑ์เป้าหมาย :													
<table><tr><td></td><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td></td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64		95	96	97	98	99
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64								
	95	96	97	98	99								
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นับที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส												
แหล่งข้อมูล	สำนัก/กองผลิตภัณฑ์ สำนักด้านอาหารและยา กอง คบ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100												

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 20 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)		
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
ปี 2560 - 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนกลาง และจังหวัด (ทีม SAT) 3. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน 3.1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง 6 มิติ 3.2 หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง 3.3 ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน 4. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 9 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
5. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 6. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	-		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	94.94	95.22	93.56
	- 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. น.ส.ยุวดี พัฒนวงศ์		ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907070		โทรศัพท์มือถือ : 089-8116873		
	โทรสาร : 02-591-8479		E-mail : puyuwade@fda.moph.go.th		
	2. นายวชิระ อำพนธ์		ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907332		โทรศัพท์มือถือ : 081-9288013		
	โทรสาร : 02-5918471		E-mail : vachira@fda.moph.go.th		
	3. น.ส. สุมาลี พรภิฑยประสาน		ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุ อันตราย		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907154		โทรศัพท์มือถือ : 084-3618393		
	โทรสาร : 02-5918446		E-mail : sumayee@fda.moph.go.th		
	4. น.ส. สุภัทรา บุญเสริม		ร.ก.ผู้อำนวยการสำนักด้านอาหารและยา		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907351		โทรศัพท์มือถือ : 081-845-9043		
	โทรสาร : 02-5918477		E-mail : pongesai@fda.moph.go.th		
	5. น.ส. สุกัญญา เจียรพะพงษ์		ผู้อำนวยการสำนักยา		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907162		โทรศัพท์มือถือ : 089-0416563		
	โทรสาร : 02-5918390		E-mail : sukanya@fda.moph.go.th		
	6. น.ส. ทิพย์วรรณ ปริญาศิริ		ผู้อำนวยการสำนักอาหาร		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907175		โทรศัพท์มือถือ : 089-8116899		
	โทรสาร : 02-5918460		E-mail : tipvon@hotmail.com		

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	3. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	27. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 60</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 65</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 70</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 75</p>	<p>กลุ่มที่ 1</p> <p>สถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 100</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80</p>
เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 80	-	-	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน			
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(((A1/A2) × 100) + ((B1/B2) × 100))/2			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 25	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100	
กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 30	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 40	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 60	
เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 27.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	เกณฑ์การประเมิน รวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและ สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
เอกสารสนับสนุน :	-			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	สถานพยาบาล	ร้อยละ	100	100	100
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล</u>				
	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		
	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ				
	<u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u>				
	1. นายพรเทพ ล้อมพรม				
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18426		โทรศัพท์มือถือ : 090-1976193			
โทรสาร :		E-mail: porntep.taro@gmail.com			
2. นางสาวณมล ตรีเพชรศรีอุไร					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18405		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร :					
E-mail: n.tripetchsriurai@gmail.com					
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นายนพดล ครุฑน้อย				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815		โทรศัพท์มือถือ : 086-3932553		
	โทรสาร : 02-1937000 ต่อ 18815		E-mail : dol.kru@gmail.com		
	กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<u>กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล</u>				
	1. นางวรียา สินธุเสก				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18406		โทรศัพท์มือถือ : 081-7319763		
	โทรสาร : 02-1495631		E-mail : vareeya10@gmail.com		
	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ				
	2. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18407		โทรศัพท์มือถือ : 081-7319764		
	โทรสาร : 02-1495631		E-mail: mew5555@hotmail.com		

	<p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p><u>กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u></p> <p>1. นายพรเทพ ล้อมพรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18426 โทรศัพท์มือถือ : 090-197-6193</p> <p>โทรสาร : E-mail: porntep.taro@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18405 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com</p> <p>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p><u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u></p> <p>1. นายนพดล ครุฑน้อย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815 โทรศัพท์มือถือ : 086-3932553</p> <p>โทรสาร : 02-1937000 ต่อ 18815 E-mail : dol.kru@gmail.com</p> <p>กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
--	--

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)																						
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																						
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม																						
ลักษณะ	Leading Indicator																						
ระดับการวัดผล	จังหวัด																						
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																						
คำนิยาม	<p>- โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ระดับพื้นฐาน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</td></tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td></tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</td></tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr> <tr> <td></td><td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td></tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td><td>4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td></tr> <tr> <td>E: ENERGY</td><td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td></tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็น คลายสลดคล้อยกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td></tr> <tr> <td></td><td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td></tr> <tr> <td>N: NUTRITION</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน</td></tr> </tbody> </table>	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 มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็น คลายสลดคล้อยกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน
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 มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																						
R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																						
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																						
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็น คลายสลดคล้อยกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																						
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																						
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน																						

		9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
		10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
	ระดับดี	
		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
		12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD)
	ระดับดีมาก	
		13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน
		14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรม วิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรม วิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรม วิชาการร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรม วิชาการร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) จำนวน 959 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์ อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต 3. ศูนย์อนามัยรวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้หน่วยงานส่วนกลาง			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลมีแผนพัฒนา โรงพยาบาลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 60 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 75 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 60	รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 75

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 50	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 75	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ 100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																																			
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 75																																																			
วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส																																																					
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน																																																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ประเภทสถานพยาบาล</th><th rowspan="2">จำนวน (แห่ง)</th><th colspan="6">โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</th></tr><tr><th>การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)</th><th>ร้อยละ</th><th>การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)</th><th>ร้อยละ</th><th>การดำเนินกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)</th><th>ร้อยละ</th></tr><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></table>								ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ						การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (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
	ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ																																																			
			การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (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																																														
หมายเหตุ : 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการสาธารณสุขรวมใจบรรลือโลกด้วยกาสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม” 2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข																																																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ																																																					
	ภาพรวมตัวชี้วัดและประเด็น ENERGY และ ENVIRONMENT 1. นางปรียานุช บุณณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ : 089-1114937 โทรสาร : 02-5904255 E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th																																																					

	<p><u>ประเด็น GARBAGE และ RESTROOM</u></p> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128</p> <p><u>ประเด็น NUTRITION</u></p> <p>1. นายวิโรจน์ วัชรเกียรติศักดิ์ โทรศัพท์ทำงาน : 02-5904606 โทรสาร : 02-5904186</p> <p>2. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย โทรศัพท์ทำงาน : 02-5904177 โทรสาร : 02-5904186</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <p>1. นางสาวรุจิรา ไชยด่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิขัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-1626-4111 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสิ่งแวดล้อมชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-6512-1521 E-mail : wirote.w@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-0434-6888 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1915-5878 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 062-6404442 E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงาน และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางณิรนุช อาภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิขัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-5668879 E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 062-6404442 E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
โครงการที่	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	29. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน				
คำนิยาม	<p>จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล รพศ./รพท./รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)5. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	ร้อยละ 80 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ร้อยละ 100 ของจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none">1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำข้อมูลและส่งให้ศูนย์อนามัย2. ศูนย์อนามัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง3. หน่วยงานส่วนกลางรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ4. การรายงานผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวง				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผ่านเกณฑ์ในแต่ละระดับ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (จังหวัดประเมินตนเอง)	ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (ประเมินโดยศอ.)		
วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินตนเองของจังหวัด 2. ศูนย์อนามัยประเมินจังหวัดในการมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพฯ 3. ส่วนกลางสุ่มประเมินเชิงคุณภาพ				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. คู่มือการปฏิบัติงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข 3. แนวทางการปฏิบัติตามมติคณะกรรมการสาธารณสุข 4. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 6. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) เพื่อรองรับระบบข้อมูลระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนแนวทางการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับดีขึ้นไป (ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 กำหนดประเด็นการประเมิน 5 ประเด็น และวัดคะแนนในภาพรวมของการดำเนินงาน)	ร้อยละ	-	-	94.74 (72 จังหวัด)

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเพ็ญผกา วงศ์กระพันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904202 โทรสาร : 02-5904356 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-5416324 E-mail : ppk_path@yahoo.com
	2. นางสาวนวรรตน์ อภิชัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 083-7776229 E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)				
คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน</p> <p>รวมทีมให้บริการ 3 ทีมเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว สำหรับ ปีงบประมาณ 60 เป้าหมาย รพศ./รพท. 3 ทีม (1 cluster) รพช. 1 ทีมต่อจังหวัด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	จัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน (381 /424 ทีม) ร้อยละ 11.72	ร้อยละ 36	ร้อยละ 57	ร้อยละ 78	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอบรรณครวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2560 เป้าหมาย = 424 ทีม ปี 2564 = 3,250 ทีม)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4					
เกณฑ์การประเมิน						
ปี 2560 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	-	6.52 % (212 ทีม)	9.78 % (318 ทีม)	11.72 % (381 ทีม)		
ปี 2561 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				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 :	แบบประเมิน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	
		-	-	-	-	ตั้งเป้าไว้ 48 ทีมและทำได้ตามเป้าแล้ว คิดเป็น 1.48 %

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผศ (พิเศษ) นพ.สุโชค เวชภักดิ์ เกสับ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-6690809 โทรสาร : E-mail : suppachok@me.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901379 โทรศัพท์มือถือ : 081-7620424 โทรสาร : 02-5901380 E-mail : areabhpp@hotmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 โทรสาร : E-mail : somnee@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	31. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน</p> <p>ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)</p> <p>ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute & Chronic care <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง (ที่มา : ฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย																																																							
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																																																		
	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100																																																		
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง)																																																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		อำเภอที่มี District Health System																																																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		การรายงาน																																																					
แหล่งข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล																																																					
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ																																																					
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนอำเภอ 877 แห่ง เงื่อนไข : <table><tr><td>1.เชียงราย</td><td>18 แห่ง</td></tr><tr><td>2.เชียงใหม่</td><td>25 แห่ง</td></tr><tr><td>3.น่าน</td><td>15 แห่ง</td></tr><tr><td>4.พะเยา</td><td>9 แห่ง</td></tr><tr><td>5.แพร่</td><td>8 แห่ง</td></tr><tr><td>6.แม่ฮ่องสอน</td><td>7 แห่ง</td></tr><tr><td>7.ลำปาง</td><td>13 แห่ง</td></tr><tr><td>8.ลำพูน</td><td>8 แห่ง</td></tr><tr><td>9.ตาก</td><td>9 แห่ง</td></tr><tr><td>10.พิษณุโลก</td><td>9 แห่ง</td></tr><tr><td>11.เพชรบูรณ์</td><td>11 แห่ง</td></tr><tr><td>12.สุโขทัย</td><td>9 แห่ง</td></tr><tr><td>13.อุตรดิตถ์</td><td>9 แห่ง</td></tr><tr><td>14.กำแพงเพชร</td><td>11 แห่ง</td></tr><tr><td>15.ชัยนาท</td><td>8 แห่ง</td></tr><tr><td>16.นครสวรรค์</td><td>15 แห่ง</td></tr><tr><td>17.พิจิตร</td><td>12 แห่ง</td></tr><tr><td>18.อุทัยธานี</td><td>8 แห่ง</td></tr><tr><td>19.นครนายก</td><td>4 แห่ง</td></tr><tr><td>20.นนทบุรี</td><td>6 แห่ง</td></tr><tr><td>21.ปทุมธานี</td><td>7 แห่ง</td></tr><tr><td>22.พระนครศรีอยุธยา</td><td>16 แห่ง</td></tr><tr><td>23.ลพบุรี</td><td>11 แห่ง</td></tr><tr><td>24.สระบุรี</td><td>13 แห่ง</td></tr><tr><td>25.สิงห์บุรี</td><td>6 แห่ง</td></tr></table>				1.เชียงราย	18 แห่ง	2.เชียงใหม่	25 แห่ง	3.น่าน	15 แห่ง	4.พะเยา	9 แห่ง	5.แพร่	8 แห่ง	6.แม่ฮ่องสอน	7 แห่ง	7.ลำปาง	13 แห่ง	8.ลำพูน	8 แห่ง	9.ตาก	9 แห่ง	10.พิษณุโลก	9 แห่ง	11.เพชรบูรณ์	11 แห่ง	12.สุโขทัย	9 แห่ง	13.อุตรดิตถ์	9 แห่ง	14.กำแพงเพชร	11 แห่ง	15.ชัยนาท	8 แห่ง	16.นครสวรรค์	15 แห่ง	17.พิจิตร	12 แห่ง	18.อุทัยธานี	8 แห่ง	19.นครนายก	4 แห่ง	20.นนทบุรี	6 แห่ง	21.ปทุมธานี	7 แห่ง	22.พระนครศรีอยุธยา	16 แห่ง	23.ลพบุรี	11 แห่ง	24.สระบุรี	13 แห่ง	25.สิงห์บุรี	6 แห่ง
1.เชียงราย	18 แห่ง																																																						
2.เชียงใหม่	25 แห่ง																																																						
3.น่าน	15 แห่ง																																																						
4.พะเยา	9 แห่ง																																																						
5.แพร่	8 แห่ง																																																						
6.แม่ฮ่องสอน	7 แห่ง																																																						
7.ลำปาง	13 แห่ง																																																						
8.ลำพูน	8 แห่ง																																																						
9.ตาก	9 แห่ง																																																						
10.พิษณุโลก	9 แห่ง																																																						
11.เพชรบูรณ์	11 แห่ง																																																						
12.สุโขทัย	9 แห่ง																																																						
13.อุตรดิตถ์	9 แห่ง																																																						
14.กำแพงเพชร	11 แห่ง																																																						
15.ชัยนาท	8 แห่ง																																																						
16.นครสวรรค์	15 แห่ง																																																						
17.พิจิตร	12 แห่ง																																																						
18.อุทัยธานี	8 แห่ง																																																						
19.นครนายก	4 แห่ง																																																						
20.นนทบุรี	6 แห่ง																																																						
21.ปทุมธานี	7 แห่ง																																																						
22.พระนครศรีอยุธยา	16 แห่ง																																																						
23.ลพบุรี	11 แห่ง																																																						
24.สระบุรี	13 แห่ง																																																						
25.สิงห์บุรี	6 แห่ง																																																						

	26.อ่างทอง	7 แห่ง
	27.กาญจนบุรี	13 แห่ง
	28.นครปฐม	7 แห่ง
	29.ประจวบคีรีขันธ์	8 แห่ง
	30.เพชรบุรี	8 แห่ง
	31.ราชบุรี	10 แห่ง
	32.สมุทรสงคราม	3 แห่ง
	33.สมุทรสาคร	3 แห่ง
	34.สุพรรณบุรี	10 แห่ง
	35.จันทบุรี	10 แห่ง
	36.ฉะเชิงเทรา	11 แห่ง
	37.ชลบุรี	10 แห่ง
	38.ตราด	7 แห่ง
	39.ปราจีนบุรี	7 แห่ง
	40.ระยอง	8 แห่ง
	41.สมุทรปราการ	6 แห่ง
	42.สระแก้ว	9 แห่ง
	43.กาฬสินธุ์	18 แห่ง
	44.ขอนแก่น	26 แห่ง
	45.มหาสารคาม	13 แห่ง
	46.ร้อยเอ็ด	20 แห่ง
	47.นครพนม	12 แห่ง
	48.บึงกาฬ	8 แห่ง
	49.เลย	14 แห่ง
	50.สกลนคร	18 แห่ง
	51.หนองคาย	9 แห่ง
	52.หนองบัวลำภู	6 แห่ง
	53.อุดรธานี	20 แห่ง
	54.ชัยภูมิ	16 แห่ง
	55.นครราชสีมา	32 แห่ง
	56.บุรีรัมย์	23 แห่ง
	57.สุรินทร์	17 แห่ง
	58.มุกดาหาร	7 แห่ง
	59.ยโสธร	9 แห่ง
	60.ศรีสะเกษ	22 แห่ง

	<div>61.อำนาจเจริญ 7 แห่ง</div> <div>62.อุบลราชธานี 25 แห่ง</div> <div>63.กระบี่ 8 แห่ง</div> <div>64.ชุมพร 8 แห่ง</div> <div>65.นครศรีธรรมราช 23 แห่ง</div> <div>66.พังงา 8 แห่ง</div> <div>67.ภูเก็ต 3 แห่ง</div> <div>68.ระนอง 5 แห่ง</div> <div>69.สุราษฎร์ธานี 19 แห่ง</div> <div>70.ตรัง 10 แห่ง</div> <div>71.นราธิวาส 13 แห่ง</div> <div>72.ปัตตานี 12 แห่ง</div> <div>73.พัทลุง 11 แห่ง</div> <div>74.ยะลา 8 แห่ง</div> <div>75.สงขลา 16 แห่ง</div> <div>76.สตูล 7 แห่ง</div> <div>(ที่มา : ฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)</div>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
<div>รอบ 3 เดือน</div>	<div>รอบ 6 เดือน</div>	<div>รอบ 9 เดือน</div>	<div>รอบ 12 เดือน</div>
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างที่ครอบคลุมครบถ้วน	อำเภอฟผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 95
ปี 2561 :			
<div>รอบ 3 เดือน</div>	<div>รอบ 6 เดือน</div>	<div>รอบ 9 เดือน</div>	<div>รอบ 12 เดือน</div>
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างที่ครอบคลุมครบถ้วน	อำเภอฟผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 96

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 97

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 98

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :

1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA
2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง , การดูแลระยะยาว (Long term care) การกำหนดจุดเสี่ยงในอำเภอและมีแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (RTI) และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และ เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ
4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เอกสารสนับสนุน :

- 1.หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย
- 2.หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)
- 3.หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	50 (428 แห่ง)	9474 (811 แห่ง)	99.5 (852 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 โทรสาร : E-mail : peed.pr@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางสาวสนธิ์ เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 โทรสาร : E-mail : somnee@hotmail.com 3. น.ส.สุประวีณ์ เมฆฉาย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-2949022 โทรสาร : E-mail : suprawee1959@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ลักษณะ	Leading Indicator		
ระดับการวัดผล	เขต		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	32. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้		
คำนิยาม	<p>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 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	ความดันโลหิตสูง
	2560 - 2564	มากกว่าหรือเท่ากับ 40%	มากกว่าหรือเท่ากับ 50%
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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 ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ		

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	1. (A/B) x 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	2. (C/D) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 – 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. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	20.49	25.24	28.82
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	19.54	22.82	27.00
หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 12 ต.ค. 59 จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น (รก.) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911 โทรสาร : 02-5903982 E-mail : dr.tum@hotmail.com				

	<p>2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรสาร : 02-5903985</p> <p>3. แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903965 โทรสาร : 02-5903965</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-5155911 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974 โทรสาร : 02-5903972</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387 E-mail : ncdplan@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	33. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
คำนิยาม	<p>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35-60 ปีที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (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 :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥ 80%	≥ 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 ปีที่ขึ้นทะเบียน 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 ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง1.2 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 ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	<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 ($\geq 30\%$) 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"> 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)
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"> 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)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2560 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ 80%		
ปี 2561 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ 82.5%		
ปี 2562 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ 85%		
ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ 87.5%		
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		
-		-		-		
				≥ 90%		
วิธีการประเมินผล :		ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2560 ดังนี้				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		70	72.5	75	77.5	80
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		ร้อยละ	-	-	77.89 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2559 จากการติดตามผลการดำเนินงานของสคร 1-12)	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table> <tr> <td>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น</td><td>(รก.) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5903982</td><td>E-mail : dr.tum@hotmail.com</td></tr> <tr> <td>2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5903985</td><td>E-mail : jurekong@gmail.com</td></tr> <tr> <td>3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5903985</td><td>E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com</td></tr> </table>	1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	(รก.) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982	โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911	โทรสาร : 02-5903982	E-mail : dr.tum@hotmail.com	2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985	โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408	โทรสาร : 02-5903985	E-mail : jurekong@gmail.com	3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986	โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794	โทรสาร : 02-5903985	E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com		
1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	(รก.) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ																				
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982	โทรศัพท์มือถือ : 085-0515445, 089-5155911																				
โทรสาร : 02-5903982	E-mail : dr.tum@hotmail.com																				
2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985	โทรศัพท์มือถือ : 081-3415408																				
โทรสาร : 02-5903985	E-mail : jurekong@gmail.com																				
3. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903986	โทรศัพท์มือถือ : 086-4099794																				
โทรสาร : 02-5903985	E-mail : nuttiwan2516@hotmail.com																				
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>																				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<table> <tr> <td>1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-5903972</td><td>E-mail : ncdplan@gmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นางนิตยา พันธุเวทย์</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 02-9510363</td><td>E-mail : ncd0424.3@gmail.com</td></tr> <tr> <td>3. นางสาวปิยนุช จันทร์อักษร</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 083-3979242</td></tr> <tr> <td></td><td>E-mail : ncd0424.3@gmail.com</td></tr> <tr> <td colspan="2">สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr> </table>	1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974	โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387	โทรสาร : 02-5903972	E-mail : ncdplan@gmail.com	2. นางนิตยา พันธุเวทย์		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979	โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387	โทรสาร : 02-9510363	E-mail : ncd0424.3@gmail.com	3. นางสาวปิยนุช จันทร์อักษร		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979	โทรศัพท์มือถือ : 083-3979242		E-mail : ncd0424.3@gmail.com	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	
1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974	โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387																				
โทรสาร : 02-5903972	E-mail : ncdplan@gmail.com																				
2. นางนิตยา พันธุเวทย์																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979	โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387																				
โทรสาร : 02-9510363	E-mail : ncd0424.3@gmail.com																				
3. นางสาวปิยนุช จันทร์อักษร																					
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979	โทรศัพท์มือถือ : 083-3979242																				
	E-mail : ncd0424.3@gmail.com																				
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค																					

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
คำนิยาม	<div>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)</div> <div>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</div> <div>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี</div>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12				
แหล่งข้อมูล	รายงาน ตก.2				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 – 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ร้อยละ 7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	
วิธีการประเมินผล :	รายงาน ตก.2				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	8.3	ร้อยละอัตรา ตายผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมอง	17.1	9.9	8.3
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-8434502 โทรสาร : 02-3547072 E-mail: suchathanc@yahoo.com สถาบันประสาทวิทยา</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072 E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3069899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-1149480 โทรสาร : 02-3547072 E-mail : j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา</p>				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440(J44.0),441(J44.1))				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร	NA	NA
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440(J44.0)-J441(J44.1))				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ติดตามการเปลี่ยนแปลงไตรมาส 1, 2, 3 และ 4)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	NA	NA	NA	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	NA	NA	NA	อยู่ระหว่างดำเนินการหาค่าที่เหมาะสม	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
NA	NA	NA	อยู่ระหว่างดำเนินการ หาค่าที่เหมาะสม

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
NA	NA	NA	อยู่ระหว่างดำเนินการ หาค่าที่เหมาะสม

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร

ขั้นตอน 2 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอน 3 อัตราการเข้ารับการรักษาค่าห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง

เอกสารสนับสนุน :

แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พ.ศ. 2553

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
146.6 (สิทธิ UC)	ต่อแสน ประชากร	221.90	315.72 (HDC)	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางเปี่ยมลภก แสงสายัณห์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5470999 ต่อ 30240 โทรศัพท์มือถือ : 081-8454950

โทรสาร : 02-5470943

E-mail : [piamlarp@yahoo.com](mailto:piamlar@yahoo.com)

สถาบันโรคทรวอก

2. นพ.รัชพงษ์ เวียงเจริญ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 ต่อ 1129,1122 โทรศัพท์มือถือ : 081-8366351

โทรสาร : 034-587800 ต่อ 1124 E-mail : drrakpong@gmail.com

รพ.พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. สำนักสารสนเทศการแพทย์ กรมการแพทย์

3. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

4. กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851 กรมการแพทย์	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
	2. นายปวิช อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร : 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)												
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)												
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล												
ลักษณะ	Leading Indicator												
ระดับการวัดผล	เขต												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)												
คำนิยาม	<p>1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน 20 ตัวชี้วัด (กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance ; AMR) 1 ตัวชี้วัด)</p> <p>2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้</p> <p>ขั้นที่ 1 การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย ▪ RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <table border="1" data-bbox="518 1191 1436 2027"> <thead> <tr> <th>RDU 1 : ประเมิน (Process)</th><th>RDU 2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล</td><td></td></tr> <tr> <td>3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด</td><td></td></tr> <tr> <td>4. มีการติดตามประเมินผล</td><td></td></tr> <tr> <td>5. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล</td><td></td></tr> </tbody> </table>	RDU 1 : ประเมิน (Process)	RDU 2	1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital	-	2. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล		3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด		4. มีการติดตามประเมินผล		5. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	
RDU 1 : ประเมิน (Process)	RDU 2												
1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital	-												
2. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล													
3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด													
4. มีการติดตามประเมินผล													
5. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล													

RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)
<p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการส่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของ โรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา ยาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU

RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)
<p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกิน ร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots 	<p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

	<div>(* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</div> <div>6. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M 1 ต้องมีรายงานการติดตามเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด</div>											
<div>ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU</div> <table><tr><th>RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th></tr><tr><td><div>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</div><div>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</div><div>2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานการติดตามเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data</div></td><td><div>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</div><div>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ</div><div>ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</div></td></tr></table> <div>3. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด</div> <div>หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 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>.</div>			RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	<div>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</div> <div>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</div> <div>2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานการติดตามเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data</div>	<div>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</div> <div>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ</div> <div>ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</div>						
RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)											
<div>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</div> <div>1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</div> <div>2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานการติดตามเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data</div>	<div>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</div> <div>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ</div> <div>ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</div>											
<div>เกณฑ์เป้าหมาย</div> <div>RDU</div> <table><tr><th>ปีงบประมาณ 60</th><th>ปีงบประมาณ 61</th><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th></tr><tr><td>รพ.RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด</td><td>รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด</td><td>รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด</td><td>รพ. RDUขั้นที่ 2 ทุกแห่งและขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด</td><td>รพ. RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	รพ.RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDUขั้นที่ 2 ทุกแห่งและขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64								
รพ.RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDUขั้นที่ 2 ทุกแห่งและขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด								

AMR

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<ul style="list-style-type: none"> - รพ. ระดับ A, S และ M1 มีแผนปฏิบัติการการจัดการการติดเชื้อต้านจุลชีพ (AMR) ในโรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 10 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 20 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 30 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีกิจกรรมส่งเสริม RDU-AMR	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 1 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละ ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ชั้นที่ 2 (เป้าหมาย ร้อยละ 50)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละ ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสม เหตุผล ชั้นที่ 2 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละ ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ชั้นที่ 3 (เป้าหมาย ร้อยละ 50)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ชั้นที่ 3 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)

วิธีการประเมินผล :

การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เอกสารสนับสนุน :

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยา
อย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	RDU ชั้นที่ 1	ร้อยละ	-	-	15 % (รพ. 133 แห่ง ดำเนิน โครงการ RDU Hospital จาก รพ.ทั้งหมด 896 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. ภญ.ไพรัช บุญฤทธิฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU) </div> <div> 2. นางสาววันทนา ปวีณกิตติพร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR) </div> </div> <div>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289</div>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<div> 1. สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU) 2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR) </div>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div> 1. นางสาวพรพิมล จันทร์คุณากาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : pchankunapars@gmail.com 2. นางสาววรรณดา ศรีสุพรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : naddavo@gmail.com </div> <div> 3. นางสาวไพรัช บุญฤทธิฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU) </div> </div> <div> เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 E-mail : noppavan.j@dmsc.mail.go.th นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 </div>				

	<p>2. นางสาววันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541</p> <p>โทรสาร : 02-9511486 E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th</p> <p>สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR)</p>
--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง				
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคเมเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ12 เดือน)				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
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 :

ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ

ขั้นตอน 2) มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ

ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ธานินทร์ โตจีน	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน :	โทรศัพท์มือถือ : 081-8523423
โทรสาร : 02-5901631	E-mail :
2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987
โทรสาร : 02-5901631	E-mail :
3. นายพิทยา สร้อยสำโร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637	โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693
โทรสาร : 02-5901631	E-mail : refermoph@hotmail.com

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายพิทยา สร้อยสำโรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 2. นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรสาร : 02-5901631 สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2987693 E-mail : refermoph@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-5215987 E-mail :

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	38. อัตราตายทารกแรกเกิด				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	4	3.6	3.2	2.8	2.5
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักการบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดเก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัด สป. สธ. และ/หรือโรงพยาบาลนอกสังกัด				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 1,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	4.5	-	4.0	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	3.8	-	3.6	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	3.4	-	3.2	

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	3.0	-	2.8

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	2.6	-	2.5

วิธีการประเมินผล :

1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด

2. ส่งข้อมูลครบทุกเขต

3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4. มีการสรุปข้อมูล

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด

2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
7			5	3.94

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928

โทรสาร : 02-3548439

ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด

โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578

E-mail : wiboonkan@gmail.com

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

2. นพ.ภัทรวินต์ อดิเตสสาระ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357

โทรสาร : 02-9659851

รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์

โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334

E-mail : pattarawin@gmail.com

กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. นพ.ภัทรวินต์ อดิเตสสาระ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357

โทรสาร : 02-9659851

รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์

โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334

E-mail : pattarawin@gmail.com

กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล	ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548928	โทรศัพท์มือถือ : 083-0070578
	โทรสาร : 02-3548439	E-mail : wiboonkan@gmail.com
	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์	
	2. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
	โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com
	กรมการแพทย์	
	3. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352	โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
	โทรสาร : 02-5918279	E-mail : moeva_dms@yahoo.com
	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5.โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. 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>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่</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</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

	7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล			
เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 30				
● ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.5 ● ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2)	● 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)	● 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)	● 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)	● 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)
วัตถุประสงค์	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			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 30
ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1	ขั้นตอนที่1 ข้อ 1.1-1.3	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.4	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.5 ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2)
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)
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่ 1 1.1 <u>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u> - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง		

	<p>- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</p> <p>- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล</p> <p><u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u></p> <p>- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</p> <p>- มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล</p> <p><u>1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u></p> <p>- มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา</p> <p><u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u></p> <p>- มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care</p> <p><u>1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ 50</u></p> <p><u>1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</u></p> <p><u>1.5 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u></p> <p>- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care</u> และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</p> <p><u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u></p> <p>- มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care</u> และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น</p>
--	---

ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

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 ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วย และครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3

- (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

2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S

มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับ สมดุลร่างกาย 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 และมีการ จัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบ

ระดับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด 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- 2564 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 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 ต่อไปนี้

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 สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เชื่อมต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด
- (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เชื่อมต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ
- (4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต

ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี

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

เอกสารสนับสนุน :	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 (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)				
	4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554				
	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)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไธ ที่ปรึกษากรมการแพทย์				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918246		โทรศัพท์มือถือ : 081-9105216		
	โทรสาร : 02-5918244		E-mail : apattanaruenglai@gmail.com		
	2. นางอำไพพร อังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906282		โทรศัพท์มือถือ : 081-6685008		
	โทรสาร : 02-5918264-5		E-mail : ampaiporn.y@gmail.com		
	3. นางสาวศิวาพร สังกรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906220		โทรศัพท์มือถือ : 089-6093836		
	โทรสาร : 02-5918244		E-mail : keaksiwa@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com		
	2. นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288		โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : klangpol@yahoo.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กรมการแพทย์				
	1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ				
	2. นายแพทย์ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334		
	โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com		

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -การรักษาด้วยยาสมุนไพร -การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ -การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ -การบำบัดมือเกลือ - 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. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 18.5		ร้อยละ 19	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ				
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 = จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำคู่มือรูปแบบการบริการ (Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตามService Plan 2. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ	1. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข 2. เขต/จังหวัดกำหนดโรงพยาบาลนำร่องเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ	1. มีโรงพยาบาลเข้าร่วมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้ 1.1 รพศ/รพท เขตละอย่างน้อย 2 แห่ง 1.2 รพช. จังหวัดละอย่างน้อย 2 แห่ง 1.3 รพ.สต. อำเภอละอย่างน้อย 2 แห่งในรพ.สต. ขนาดใหญ่ หรือสถานือนามัยเฉลิมพระเกียรติ หรือ รพ.สต. ที่ถูกกำหนดให้เป็น	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 18.5

		Primary Care Cluster (PCC) 2. สถานบริการทุกระดับ มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
--	--	--	--

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 19

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 19.5

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
			2557	2558	2559																
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	16.59	17.51	17.15																
	1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน																				
	<table><tr><th>ปี พ.ศ.</th><th>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</th></tr><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></table>					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
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																				
	ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th
	2. นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636 สำนักการแพทย์ทางเลือก	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com
	3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com
	4. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรสาร : 02-1495653 สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail :augus_organ@hotmail.com

	<p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791</p> <p>E-mail : kungfu55@gmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p> <p>(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490</p> <p>โทรสาร : 0-29659490</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25917809</p> <p>โทรสาร : 0-29510218</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989</p> <p>E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช														
ลักษณะ	Leading Indicator														
ระดับการวัดผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	41. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2560 (สะสมมาตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปีงบประมาณที่รายงาน) ทั้งรายเก่าและรายใหม่</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 50															
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>≥ร้อยละ 50</td><td>≥ร้อยละ 55</td><td>≥ร้อยละ 60</td><td>≥ร้อยละ 65</td><td>≥ร้อยละ 70</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)														

<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ จากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานหน่วยบริการที่จัดส่ง ทำการรวมผลการดำเนินงานในปี 2560 เข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-2559 (หรือสะสมมาตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปีงบประมาณที่รายงาน) ในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นรายหน่วยบริการ 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>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า 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 <p>สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online</p> <p>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</p> <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระดับชาติของโรคซึมเศร้าปี 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 ปีขึ้นไปของ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึง ปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ร้อยละ 50	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการ ดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 - ปีที่ต้องการจะ วัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหา โพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึง บริการของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า เทียบกับคาด ประมาณจาก ความชุกที่ได้จาก การสำรวจ	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table> <tr> <td>1. นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข</td><td>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599</td><td>โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 045-352598</td><td>E-mail : tkongsuk@gmail.com</td></tr> <tr> <td>2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน</td><td>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 045-352598</td><td>E-mail : virgojinny12@gmail.com</td></tr> </table>	1. นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956	โทรสาร : 045-352598	E-mail : tkongsuk@gmail.com	2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751	โทรสาร : 045-352598	E-mail : virgojinny12@gmail.com
1. นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956												
โทรสาร : 045-352598	E-mail : tkongsuk@gmail.com												
2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751												
โทรสาร : 045-352598	E-mail : virgojinny12@gmail.com												
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p>												
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table> <tr> <td>1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน</td><td></td></tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599</td><td>โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751</td></tr> <tr> <td>โทรสาร : 045-352598</td><td>E-mail : virgojinny12@gmail.com</td></tr> </table> <p>ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต</p>	1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751	โทรสาร : 045-352598	E-mail : virgojinny12@gmail.com						
1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน													
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599	โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751												
โทรสาร : 045-352598	E-mail : virgojinny12@gmail.com												

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน

	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อประชากรแสนคน
วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว				
แหล่งข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 1.5 ต่อ ประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 3.0 ต่อ ประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 4.5 ต่อ ประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (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 การฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน)

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

เอกสารสนับสนุน :

- ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อ ประชากร แสนคน	6.08	6.47	อยู่ระหว่าง การรวบรวม ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายแพทย์ประภาส อุcranันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885 โทรสาร : 043-224722 E-mail : pat-ukn@yahoo.com
- นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเห้า นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com
- นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin545@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

- นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin545@gmail.com

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)
คำนิยาม	<p>Sepsis คือ ภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อร่วมกับผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - SIRS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ ร่วมกับมีอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติตั้งแต่ 1 อวัยวะขึ้นไป (organ dysfunction) - SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 - SOFA score มากกว่าหรือเท่ากับ 2 <p>โดยในกรณีเมื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่ง ควรมีการเจาะ blood lactate (ค่ามากกว่า 2 mmol/L or 18 mg/dl) เพื่อยืนยันการเกิดภาวะ sepsis ที่มี tissue hypoxia จาก organ dysfunction</p> <p>Community-acquired sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม healthcare associated sepsis</p> <p>Hospital-acquired or healthcare associated sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ภายใน 3 เดือน</p> <p>ผู้ป่วย palliative care คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคร่วมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยมีการทำ advanced care planning หรือเคยได้รับการดูแลโดยทีม palliative care ไว้แล้ว ซึ่งมีการวางแผนล่วงหน้าในการไม่ทำการ resuscitation เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis</p> <p>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis <p>ภาวะ sepsis เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้น และอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ 20 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis และน้อยกว่า ร้อยละ 30 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired or healthcare associated sepsis โดยไม่รวมกลุ่มผู้ป่วย palliative care</p>	

	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
	30/40	28/38	25/35	23/33	20/30	
วัตถุประสงค์		เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		รายงานการเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 หรือ ใช้ ข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10 โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หรือ ฐานข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10				
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis				
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Sepsis				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2560 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
						อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1.อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2.อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis
ปี 2561 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
						อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1.อัตราตายจาก community-acquired sepsis

			2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis
--	--	--	---

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			อัตราเสียชีวิตจาก sepsis 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ						
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (เมื่อมีผู้ป่วย Sepsis)						
3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงาน						
หมายเหตุ : ปี 2560 ให้ดู Baseline ก่อน รอบปรับรอบเดือนมกราคม						
วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ					
	2. รายงานผลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ					
เอกสารสนับสนุน :	CPG Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
	N/A	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ		หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286		โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148			
	โทรสาร : 02-5918276		E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com			
	กรมการแพทย์					
	2. นพ. ฌอนม จิวสืพงษ์		อายุรแพทย์			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ : 081-8875854			
	โทรสาร :		E-mail : Fatman2007@gmail.com			
	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์					
	3. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท		อายุรแพทย์			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		โทรศัพท์มือถือ : 081-5968535			
	โทรสาร :		E-mail : mr.sepsis@yahoo.com			
	โรงพยาบาลพิษณุโลก					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ		หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286		โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148			
	โทรสาร : 02 5918276		E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com			
	กรมการแพทย์					
	2. นางรจนา บำรุงศักดิ์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279		โทรศัพท์มือถือ : 086-0063459			
	โทรสาร : 025918276		E-mail : rojana.b@yahoo.com			
	กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์					

	<p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรภรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855</p> <p>โทรสาร : 025918276 E-mail : porntippa_c@yahoo.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com</p> <p>ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางรจนา บำรุงศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906279 โทรศัพท์มือถือ : 086-0063459</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : rojana.b@yahoo.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>3. นางพรทิพภา ชัยเนตรภรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5906279 โทรศัพท์มือถือ : 081-9226855</p> <p>โทรสาร : 025918276 E-mail : porntippa_c@yahoo.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	44. 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 : ร้อยละ 100					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 100	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 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั่น				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	80	-	100	
ปี 2561:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2562:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2563:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	100	-	100	
วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI 4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน หมายเหตุ : ต้องมีข้อ 1-3			
เอกสารสนับสนุน :	รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
	75.93	ร้อยละ	54.29	75.93
			2559	100
	ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์			
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			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ				
คำนิยาม	<p>อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น</p> <p>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	28	27	26	25	24
วัตถุประสงค์	ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	28	28	ไม่เกิน 28

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 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	24

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สำนักรายงานและยุทธศาสตร์จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย

เอกสารสนับสนุน :

สถิติสาธารณสุข 2557

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	ต่อประชากรแสนคน	27.8	28.6	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919999 ต่อ 30920 โทรศัพท์มือถือ : 081-3484236
โทรสาร : 02-5919972 E-mail : k_hm2000@yahoo.com

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

กรมการแพทย์

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	46. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p> <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา</p>

	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษารังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงาน ออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการ พัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการ รักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสี รักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลารอคอย 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 จำแนกตามประเภท การรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการ รักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์</u> (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) เพื่อการรักษา 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรก</u>และ<u>วันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> 3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรก</u>และ <u>วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u>

	<u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u> 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดชิ้นเนื้อให้การรักษาจะเรียง								
แหล่งข้อมูล	1 จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) 2 จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา								
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	$((A_{(S)} + A_{(C)} + A_{(R)}) / (B_{(S)} + B_{(C)} + B_{(R)})) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>80</td><td>-</td><td>80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	80	-	80						
ปี 2561:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>80</td><td>-</td><td>80</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	80	-	80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	80	-	80						
ปี 2562:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>82</td><td>-</td><td>82</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	82	-	82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	82	-	82						
ปี 2563:									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>82</td><td>-</td><td>82</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	82	-	82
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	82	-	82						

ปี 2564:				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		85	-	85
วิธีการประเมินผล :		สำรวจและนิเทศติดตาม		
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
				2557 2558 2559
		ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	NA NA
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 (ไตรมาสที่ 2) 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 81.09% 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85.15\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 74.18\%$				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.วีรภูมิ อิมสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123 โทรสาร : 02-3547036 E-mail : armohmy@yahoo.com กรมการแพทย์ 2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์		

2. นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352	โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
โทรสาร : 02-5918279	E-mail : moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ				
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	23.5	23.5	23	23	22.7
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	24.9	น้อยกว่า 24.9	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23.5	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	23	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	23

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	22.7

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย. จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย

เอกสารสนับสนุน :

สถิติสาธารณสุข 2557

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	23.9 (2556)	ต่อประชากร แสนคน	23.6		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851
กรมการแพทย์

รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com

2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒนะ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555
โทรสาร : 02-3547037
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823
E-mail : arkom70@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851

โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851
กรมการแพทย์

รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com

2. นายปวิช อภิบาลกุล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352
โทรสาร : 02-5918279
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
E-mail : moeva_dms@yahoo.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. อัตราตายจากมะเร็งปอด				
คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2558 (20.1 ต่อประชากรแสนคน)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	20	19.8	19.6	19.3	19
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดของประชากรไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	20	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	19.8	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	19.6	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	19.3

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	19

วิธีการประเมินผล :

วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จากข้อมูลเบื้องต้นตามทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย

เอกสารสนับสนุน :

สถิติสาธารณสุข 2557

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
20.1 (2558)	ต่อประชากร แสนคน			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์	
2. นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์	รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 1555	โทรศัพท์มือถือ : 081-5673823
โทรสาร : 02-3547037	E-mail : arkom70@hotmail.com
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.	นพ.พัชรวิทย์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร : 02-9659851	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com
-----------	--	--

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นพ.พัชรวิทย์ อัดตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357	โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร : 02-9659851	E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์	

	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr				
คำนิยาม	eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR≥15) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ชื่อนี้ และ สสจ.สต. (File PERSON: สสจ.สต.รหัส 099) เท่านั้น				
เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥65%	≥66%	≥67%	≥68%	≥69%
วัตถุประสงค์	เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก) 2. การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ 2 ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ 3. หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min /1.73 m ² /yr x 100				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ของผู้ป่วย CKD > ร้อยละ 90 ของ รพ. ระดับ F2 ขึ้นไป		<ul style="list-style-type: none"> - มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ของผู้ป่วย CKD ร้อยละ 100 ของ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml /min/1.73m²/yr≥65 %

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr≥ 66%

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr≥ 67%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr≥ 68%

ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
-		-		-		ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr≥ 69%
วิธีการประเมินผล :		ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :		ผลการปฏิบัติงาน CKD คลินิกของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		(ระบบเก็บ ข้อมูลเริ่มปี 2559)	ร้อยละ	-	-	63.6
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-273100 ต่อ 1834 โทรศัพท์มือถือ : 089-6730915 โทรสาร : 0-7424-6600 E-mail : kcharoen007@hotmail.com โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2. นพ.สกันต์ บุนนาค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110 โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		อนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ด้านระบบข้อมูล				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน		1. พญ.วรรณิยา มีนุ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 098-2702091 โทรสาร : 02-3548146 E-mail:Wanniya_meenune@yahoo.com โรงพยาบาลราชวิถี				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	50. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน				
คำนิยาม	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เท่ากับ 80%					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020thailandทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020thailand				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	NA	NA	80.5 %
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ภูวัต จารุกำเนตคนก จักษุแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-225818 โทรศัพท์มือถือ : 089-7222668 โทรสาร : 034-388744 E-mail : drpuwat@yahoo.com โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	จากโปรแกรมVision2020thailand				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.พัทธวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	51. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)</p> <p>บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น</p> <p>บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และการจัดทำความสะอาดฟัน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การฝึกทักษะ หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้รับบริการมีความสามารถปฏิบัติได้จริง โดยแนะนำ/ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติ/และแนะนำเพิ่มเติม • การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ได้แก่ การตรวจช่องปากด้วยตนเองและสามารถจัดการได้เมื่อมีปัญหา การแปรงฟันได้สะอาดเพียงพอในระดับป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม (เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน) และการเลือกบริโภคอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง <p>บริการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การทาฟันด้วยฟลูออไรด์วาร์นิช (เด็กอายุ 9 เดือนถึง 5 ปี) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (ช่วงอายุ 6-7 ปี) และซี่ที่ 2 (ช่วงอายุ 11-12 ปี) การขูดหินน้ำลายเหนือเหงือก และการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ</p> <p>บริการรักษา หมายถึง การรักษาพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย หรือถอนฟัน โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.แม่ข่าย) และทีมหมอครอบครัวสนับสนุนกำลังคน วัสดุ วิชาการ และกำกับติดตาม ใหหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ▪ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละครั้ง ▪ เด็กในโรงเรียนประถมศึกษาได้รับการบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ▪ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันและรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58
วัตถุประสงค์		1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในคนไทย 2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิตำพื้นที่ข้อมูลในแฟ้ม Dental และ Service ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูล 43 แฟ้ม 3. ส่วนกลางวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		48.5	49	49.5	50
ปี 2561 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		50.5	51	51.5	52
ปี 2562 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		52.5	53	53.5	54
ปี 2563 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		54.5	55	55.5	56
ปี 2564 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		56.5	57	57.5	58
วิธีการประเมินผล :		วัดผลการดำเนินงานจาก หน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก			

199 | Page

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
คำนิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ≥ 600 ต่อปีในปีงบฯ 2560					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	650	700	800	1000	1300
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
แหล่งข้อมูล	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย (162.50 ครั้ง)	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย (325 ครั้ง)	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย (487.50 ครั้ง)	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย (650 ครั้ง)	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	25% ของเกณฑ์เป้าหมาย (175 ครั้ง)	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย (350 ครั้ง)	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย (525 ครั้ง)	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย (700 ครั้ง)	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย (200 ครั้ง)	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย (400 ครั้ง)	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย (600 ครั้ง)	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย (800 ครั้ง)

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย (250 ครั้ง)	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย (500 ครั้ง)	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย (750 ครั้ง)	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย (1,000 ครั้ง)

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
25% ของเกณฑ์เป้าหมาย (325 ครั้ง)	50% ของเกณฑ์เป้าหมาย (650 ครั้ง)	75% ของเกณฑ์เป้าหมาย (975 ครั้ง)	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย (1,300 ครั้ง)

วิธีการประเมินผล :

ตามตารางทนาย KPI Template

เอกสารสนับสนุน :

รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
		551	601	รอสิ้นปี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.สกานต์ บุนนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080-4531110
โทรสาร : 02-3548146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
รพ.ราชวิถี

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

คณะกรรมการ service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นพ.สกานต์ บุนนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8108 ต่อ 5118 โทรศัพท์มือถือ : 080 453 1110
โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
รพ.ราชวิถี

	<p>2. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทยกรรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p>
--	---	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัด	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน)</p> <p>หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care) ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (In hospital care) การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหารจัดการอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Disaster preparedness & Hospital preparedness for Emergency) การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่</p> <p>การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะเน้นวัด ใน 3 ส่วน คือ</p> <p>มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน</p> <p>มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษายาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษายาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล</p> <p>ในปี พ.ศ. 2560 นี้ กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉินในส่วนองภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ จึงได้กำหนดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ECS คุณภาพ จากการประเมินด้านการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินด้านการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ทั้ง 12 องค์ประกอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนา ECS คุณภาพ (out put) และหลังจากนั้นจึงเลือกตั้งข้อมูลในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทิศทางของตัวชี้วัดในแต่ละปีไปใช้เป็นลำดับต่อไป โดยการประเมินสามารถทำได้ทั้งจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง (Internal survey) และจากองค์กร หรือ ผู้นิเทศจากภายนอก (External survey)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย จำนวนร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในแต่ละจังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติต่างๆ พัฒนาที่มปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติรายงานให้ จังหวัด / เขตบริการสุขภาพ และ กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ในภาพรวม ทั้ง 12 องค์ประกอบ และเลือกองค์ประกอบที่ 4 เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) เป็นหัวข้อหลักเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล และสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ รวบรวมโดยกลุ่ม/ฝ่าย ที่รับผิดชอบด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และสาธารณสุข หรืองานที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	1) จากข้อมูลจากการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (Internal survey) 2) จากข้อมูลจากกลุ่ม/ฝ่ายที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข และการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตสุขภาพ ที่มีการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านมาเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. กลไก ECS ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและ รพ. ที่ได้รับการจัดตั้งพร้อมกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน</p> <p>2. คู่มือหลักเกณฑ์ได้รับการจัดทำเรียบร้อย พร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกกระดับ</p>	<p>3. บุคลากรทุกระดับที่สนับสนุน ECS คุณภาพ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ICS/ HOPE / MERT/Mini MERT/CLS</p> <p>4. เครือข่าย ECS ทุกภาค ส่วนมีการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่มุ่งเน้น ปี 60</p>	<p>5. รพ.หน่วยงาน จังหวัด เขต และกระทรวง แต่ละแห่งมีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ</p> <p>ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ อย่างไร รอยต่อและมีประสิทธิภาพ</p> <p>6. ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับวางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS /PHER / PHEOC ภายใน จังหวัด/เขต/กระทรวง/ ตลอดจนกับระบบของประเทศ</p>	<p>7. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ</p>

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 75

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

1.1 ประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 12 องค์ประกอบ
ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital
Based Emergency Care System) ในภาพรวม ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผล
ตอบค่าตัวชี้วัด

1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล
ระดับ F2 ขึ้นไป เฉพาะในองค์ประกอบที่ 4 เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉิน
หมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและ
ข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ

1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผล
การดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวม
ของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.1 สนับสนุนให้โรงพยาบาลระดับ A (รพศ./ รพท.) ส่งบุคลากรทางการแพทย์ เข้ารับ
การอบรมตามหลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภาวะภัยสุขภาพด้าน
ต่างๆ (Hospital preparedness for Emergency : HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 สนับสนุนให้โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปจัดทำแผนรองรับภาวะภัยสุขภาพด้าน
ต่างๆ สำหรับโรงพยาบาล

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีม MERT, Mini MERT, MCATT และ SRRT ให้มีความ
พร้อมในการปฏิบัติภารกิจรองรับภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ

3. เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการซ้อมแผนรองรับภาวะภัยสุขภาพด้าน
ต่างๆ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ของกรมการแพทย์ (มีการพัฒนาและทดสอบร่วมกับทีม ECS ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : mertthailand@gmail.com leip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : E-mail :</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 โยธาสุมทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน</p>				

	<p>7. นางธันณจิรา ธนาศิริธนนท์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669</p> <p>E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p>
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286</p> <p>โทรสาร : 02-591-8276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>4. นางนริศรา แยมทรัพย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285</p> <p>โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>5. นางพรทิพย์ บุณนาค</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-2554711</p> <p>Email : dr_nok@yahoo.com</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069</p> <p>Email: soonornchin@gmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>E-mail : mertthailand@gmail.com</p> <p>leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925</p> <p>E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9241771</p> <p>Email: pherex099@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286</p> <p>โทรสาร : 02-591-8276</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แยมทรัพย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285</p> <p>โทรสาร : 02-5918276</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>E-mail : mertthailand@gmail.com</p> <p>leip.dms@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925</p> <p>E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p>

	<p>3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>4. นายโสรัจจะ ชูแสง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com</p> <p>หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-591-8276 กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรสาร : 02-5918276 กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรสาร : 035-242182 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</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>แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 E-mail : rattapong.b@gmail.com</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
คำนิยาม	<p>การพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะเน้นประเมินใน 3 ส่วน คือ</p> <p>มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p>มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคาร สถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) และ สถาบันรับรองคุณภาพฯ นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล</p> <p>การรักษาพยาบาล (Emergency care) เป็นองค์ประกอบด้านการรักษาพยาบาล</p> <p>ฉุกเฉินของโรงพยาบาล หมายถึง ความสามารถของห้องฉุกเฉินที่ให้บริการต่อผู้ป่วย ฉุกเฉิน ในกระบวนการต่างๆ ได้แก่ 1) Triage 2) Resuscitation 3) Stabilization 4) การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track) และ 5) Definitive Care ในโรงพยาบาล</p> <p>การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track) หมายถึง การจัดระบบบริการจำเพาะบาง ภาวะที่ให้การดูแลรักษาด่วนตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษา (หากเลย กำหนดนั้นไปแล้วอาจทำให้ผลการรักษาลดลง) เช่น Stroke Fast Track, AMI Fast Track เป็นต้น</p> <p>การวัด Productivity จากการเข้ารับบริการด่วนพิเศษ (Special Track) ของ fast track ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในห้องฉุกเฉิน เป็นแนวทางหนึ่งของการวัดผลลัพธ์ (out come) ER คุณภาพ โดยวัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลจาก door to EKG และ door to SK ใน รพ.ทุกระดับ</p> <p>ในปี พ.ศ. 2560 การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้กำหนดให้มีการวัดผลลัพธ์ (out come) การจัดบริการด่วน Fast Track โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA : out-of-hospital cardiac arrest) ที่ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC : Return of Spontaneous Circulation) เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ER ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปให้มีคุณภาพ คาดว่าจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของ</p>

	<p>ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพภายหลังการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง</p> <p>คำนิยาม</p> <p>1) OHCA : Out-of-Hospital Cardiac Arrest (ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล) วินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่นักกู้ชีพขึ้นไป (ได้แก่ อาสากู้ชีพ เวชกรฉุกเฉิน พยาบาล แพทย์ เป็นต้น)</p> <p>2) ROSC : Return of Spontaneous Circulation (ภาวะที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา)</p>													
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้</p> <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 25</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 80</td></tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64										
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80										
วัตถุประสงค์	เพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ER หรือ Trauma and Emergency Administration Unit (TEA unit) ของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป เก็บข้อมูล Data ของ OHCA โดยใช้แบบฟอร์มของกรมการแพทย์ตามประเด็นที่กำหนด 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รวบรวมแบบฟอร์มข้อมูลในภาพรวมของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ในระดับจังหวัด 3) สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวมข้อมูลและประเมินผลในภาพรวมระดับเขต และประเทศ 													
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล OHCA และ ROSC ของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ระยะ 3 เดือนย้อนหลัง)													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในจังหวัด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ติดตามเก็บข้อมูล OHCA และ ROSC ในไตรมาส 3 2) ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4 													
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2560:</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>ติดตามการดำเนินงาน</td><td>-</td><td>ร้อยละ 25</td></tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ติดตามการดำเนินงาน	-	ร้อยละ 25		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	ติดตามการดำเนินงาน	-	ร้อยละ 25											

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ติดตามการดำเนินงาน	-	ร้อยละ 70

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน 1. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
ฉุกเฉินของโรงพยาบาล

ขั้นตอน 2. คณะกรรมการกำหนดระบบการเก็บข้อมูล และ ผู้รับผิดชอบ จาก ER
หรือ Trauma and Emergency Administration Unit (TEA unit) ของโรงพยาบาล
เพื่อทำหน้าที่เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในเดือนสุดท้ายของไตรมาสที่ 3
(เก็บข้อมูลย้อนหลังของ 3 เดือน) ตามแบบฟอร์มที่กรมการแพทย์กำหนดให้ ในข้อมูล
ต่อไปนี้

ข้อมูลที่จัดเก็บ	ระดับ รพ.ที่เก็บ
1) ข้อมูล OHCA	รพ. ระดับ F2 ขึ้นไป
2) ข้อมูล ROSC	รพ. ระดับ F2 ขึ้นไป
3) ข้อมูล Survival to hospital Admission	เฉพาะ รพ. ระดับ A , S
4) ข้อมูล Survival to Refer	เฉพาะ รพ. ระดับ F2 ,M1, M2

ขั้นตอน 3. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของจังหวัดส่งให้กับ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการ
แพทย์ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและประเมินผล ร้อยละของ ER คุณภาพ เทียบกับ
เกณฑ์ที่กำหนดไว้ในภาพรวมระดับเขต และประเทศ เป็นลำดับต่อไป

เอกสารสนับสนุน :

แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล OHCA : Out-of-Hospital Cardiac Arrest สำหรับโรงพยาบาล
จัดทำโดย กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2557	2558	2559
	NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com				
	กรมการแพทย์				
	2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong_b@gmail.com				
	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา				
	3. น.พ.พัฒนพงษ์ ประภาสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9370567 โทรสาร : 035-511738 E-mail : opps12345@yahoo.com				
	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จ.สุพรรณบุรี				
	4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : E-mail :				
	โรงพยาบาลราชวิถี				
	5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : .095-9254656 โทรสาร : Email: tsenjoyme@gmail.com				
	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 โทรสาร : E-mail :				
	โรงพยาบาลเลิดสิน				
	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com				
	กรมการแพทย์				

	<p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com</p> <p>ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925</p> <p>โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ				
คำนิยาม	EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ (Trauma) เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับอย่างทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMS คุณภาพใน รพ. ระดับ F2 2. มีผลการสำรวจสถานการณ์ EMS คุณภาพใน รพ ระดับ F2 3. มีแผนพัฒนา รพ.ระดับ F2 สู่ EMS คุณภาพ	โรงพยาบาล F2 ที่มี EMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่มี EMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	โรงพยาบาล F2 ที่มี EMS คุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล F2 ที่มี EMS คุณภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จากสาเหตุต่างๆ ที่ต้องการ fast track และ นำส่ง โรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ (Trauma) เป็นต้น ด้วยการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลความปลอดภัยในระหว่างนำส่งจนพ้นภาวะวิกฤตโดยคำนึงคุณภาพการปฏิบัติการ และความปลอดภัย ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติการ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ (Trauma) ณ โรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่มีระบบ EMS คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			สำรวจข้อมูล EMS คุณภาพ		

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาล ทุกระดับมี EMS คุณภาพ		

วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานการนำเสนอผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทีมปฏิบัติการ แต่ละ ระดับ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. น.พ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 2919,6204 โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614 โทรสาร : 02-354 070 E-mail : paioj_khruekarnchana@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลราชวิถี</p> <p>2. น.พ.พัชรพงษ์ ประภาสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-502784 ต่อ 7113 โทรศัพท์มือถือ : 081-9370567 โทรสาร : 035-511738 E-mail : opps12345@yahoo.com</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จ.สุพรรณบุรี</p> <p>3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. นางธัญจิรา ธนาศิริชันทน์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 โทรสาร : 02-8721603 E-mail : thunjirat@niems.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p> <p>3. นางสินุช ชัยสิทธิ ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669, 081-8191669, 089-5670151 โทรสาร : 02-8721603 E-mail : Sineenuch.c@niems.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p> <p>4. นพ.ภัทรวินท์ อุตตะสาร รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p>

	<p>5. นายปวิช อภิบาลกุล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352</p> <p>โทรสาร : 02-5918279</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499</p> <p>E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	56. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)				
คำนิยาม	<p>การเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว</p> <p>จากข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75</p> <p>หมายถึง การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries)</p> <p>อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับการบริการการแพทย์ อย่าง รวดเร็ว ทัวถึง และ ปลอดภัย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของกลุ่มผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาภายใน โรงพยาบาล</p> <p>2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้บาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.75				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม IS WIN				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IS				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 และเสียชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.75				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตบริการสุขภาพ)				

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
		น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1	
วิธีการประเมินผล :		1. ผู้บริหาร รพ.ระดับ M1 ขึ้นไป สนับสนุนการทีม Trauma admin unit สามารถ Function 2. สสจ.สนับสนุนการพัฒนา Trauma & Emergency Administrative Unit ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไปให้ สามารถ function ได้ และเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในภาพรวมของจังหวัดที่ถูกรายงานหรือนำเสนอข้อมูลที่ถูก Key (จากโปรแกรม IS win) โดย Trauma admin unit ของโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน			
เอกสารสนับสนุน :		Guide line การจัดตั้ง Trauma admin unit จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยกรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. น.พ.สมประสงค์ ทองมีสี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-931000 โทรศัพท์มือถือ : 080-4341143 โทรสาร : 038-931100 E-mail : tongmeesee@gmail.com โรงพยาบาลชลบุรี			

	<p>2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>3. นพ.พัฒนพงษ์ ประภาสันติกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช</p> <p>4. น.พ. ศานิตย์ นาวิกบุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539713 โทรสาร : 02-3539756</p> <p>นายแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-4028863 E-mail : navikting@gmail.com</p> <p>โรงพยาบาลเลิดสิน</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. แพรจิตร์ จันทรัฐติวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 E-mail : pairjit@yahoo.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 E-mail : mertthailand@gmail.com, ieip.dms@gmail.com</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>2. แพรจิตร์ จันทรัฐติวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรสาร : 02-5918276</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 E-mail : pairjit@yahoo.com</p> <p>กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์</p>

	<p>3. นพ.ภัทรวินท์ อุตตะสาระ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรสาร 02-9659851 สำนักนิติเวชระบบ การแพทย์</p> <p>4. นายปวิข อภิบาลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรสาร 02-5918279 สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 E-mail : pattarawin@gmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</p>
--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	57. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety				
คำนิยาม	<p>2P safety หมายถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personal safety)</p> <p>มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559 และ สธ 0218/3636 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2559</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60	70	80	85	90
วัตถุประสงค์	ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety	

ปี 2562 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
			โรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety			
วิธีการประเมินผล :		สถานพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดครบทุกข้อ				
เอกสารสนับสนุน :		เกณฑ์การดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety สำหรับสถานพยาบาล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางสาวพรพิมล จันทรวงศ์ภาส เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 085-1933446 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : pchankunapars@gmail.com 2. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ์ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ์ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : praecu@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	เขต			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	58. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none">- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 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 นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง- 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 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
94	95.5	97	98.5	100
1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต				
2. มากกว่าร้อยละ 80 ในโรงพยาบาล ชุมชน				
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 165 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B) \times 100) \times 0.3 + ((C/D) \times 100) \times 0.7$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ปี 2560 : 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			94
1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 96.97 (160 แห่ง จาก 165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 72.18 (563 แห่ง จาก 780 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.87 (584 แห่ง จาก 780 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 77.44 (604 แห่ง จาก 780 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			95.5

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			97

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			98.5

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การให้คะแนน :

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 96.36 (159 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 96.97 (160 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง)	ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 69.49 (542 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 72.18 (563 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 74.87 (584 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 77.44 (604 แห่ง จาก 780 แห่ง)	ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

เงื่อนไข :

1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 30 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่)

	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
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36 (159 แห่ง จาก 165 แห่ง)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	แห่ง	ร้อยละ 60.27 (446 จาก 740 แห่ง)	ร้อยละ 69.40 (515 จาก 742 แห่ง)	ร้อยละ 69.49 (542 จาก 780 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com 2. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : 3. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข				

	<p>4. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906132 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>5. นายบรรพต ต่วนภูษา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906137 โทรศัพท์มือถือ : 092-5526252 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมการแพทย์</p> <p>6. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903395 โทรศัพท์มือถือ : 081-6409393 โทรสาร : E-mail :</p> <p>7. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903379 โทรศัพท์มือถือ : 099-5696293 โทรสาร : E-mail :</p> <p>8. นางรจนา บุญผ่อง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903347 โทรศัพท์มือถือ : 089-7974695 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมควบคุมโรค</p> <p>9. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908207 โทรศัพท์มือถือ : 086-7323712 โทรสาร : E-mail :</p> <p>10. น.ส.ชิดชนก โอภาสวัฒนา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908092 โทรศัพท์มือถือ : 083-1396730 โทรสาร : E-mail :</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18410 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-1495631 E-mail :</p> <p>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>2. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p>

	<p>3. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286</p> <p>โทรสาร : E-mail :</p> <p>สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>
--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	8. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	59. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p> <p> เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p> เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p> เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p> เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p> เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p> รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</p> <p> 1. คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80</p> <p> 2. คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90</p> <p> การรับรองผล ระดับ 5 ดาว จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลให้ได้ 5 ดาว รักษาสภาพ 5 ดาว 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 10		ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว				

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 10	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 25	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 50	
ปี 2563 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 75	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	1 รพ.สต.ประเมินตนเอง ทีมอำเภอ ทีมจังหวัดและ ทีมเขต ร่วมผลักดันและพัฒนาตาม เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 2. ทีมจังหวัด ทีมเขตประเมินและรับรองผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 3. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดดาวทั้งหมด 4. สรุปผลการประเมิน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี				

	<p>2. ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรศัพท์มือถือ : 089-7112124</p> <p>โทรสาร : 02-5902352 E-mail : manu.bunsri@gmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902405 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : E-mail : linda@health.moph.go.th</p> <p>2. ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรศัพท์มือถือ : 089-7112124</p> <p>โทรสาร : 02-5902352 E-mail : manu.bunsri@gmail.com</p> <p>3. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5901868 : โทรศัพท์มือถือ : 089-9605521</p> <p>โทรสาร : 02-5902352 E-mail : iberry51@hotmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	1.โครงการพัฒนา รพ.เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และรพ.สมเด็จพระยุพราช				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	60. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการเห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวน 9 แห่ง และตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2552 เรื่อง พระราชทานชื่อโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อีก 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง</p> <p>เกณฑ์คุณภาพที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์รับรองมาตรฐาน HA โดยโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 หรือ ผ่าน Re-Accredit</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60	70	80	90	100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)				
แหล่งข้อมูล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์รับรอง HA				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 60
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
ประชุมชี้แจง โรงพยาบาลชุมชนเฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและ เกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่าง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
ประชุมชี้แจง โรงพยาบาลชุมชนเฉลิม พระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและ เกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน)

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
						ร้อยละ 100	
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน		จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA		ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล		รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	
วิธีการประเมินผล :		รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณของทุกปี					
เอกสารสนับสนุน :		รายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		data		2557	2558	2559	
		รพ.ที่ผ่าน HA	ร้อยละ	20	30	50	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบดศรี รองผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรศัพท์มือถือ : 081-775-1555 โทรสาร : E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th กรมการแพทย์ 2. นางสาวนิศากร บุญอาจ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรศัพท์มือถือ : 089-7828530 โทรสาร : 02-5901562 E-mail : nisakoo@hotmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางสาวนิศากร บุญอาจ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901562 โทรศัพท์มือถือ : 089-7828530 โทรสาร : 02-5901562 E-mail : nisakoo@hotmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ ตาก สระแก้ว ตราด มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม กาญจนบุรี และ นราธิวาส</p> <p>2. การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพต่างๆ ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดการบริการทั้งเชิงรุกเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการรักษาและฟื้นฟูเป็นส่วนเสริมเพื่อให้ผู้ประกอบการในสถานประกอบการมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย</p> <p>การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี</p> <p>4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 95 ของหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสามารถเข้าถึง และได้รับการบริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ 10 จังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง (ตามคู่มือที่ระบุในนิยาม) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป้าหมาย พร้อมผลการประเมินตนเองและแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ดั่งแบบ Report_OHS สสจ.) แจ้งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p> <p>3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมส่งให้กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนจัดเตรียมทีมตรวจประเมิน/สอบสวนและสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับทีมตรวจประเมินระดับจังหวัด และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตรวจประเมินตามแนวทางของสำนักฯ และให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน</p> <p>5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง (ดั่งแบบ Report_OHS_สคร.)</p> <p>6) กรรมการรับรองผลประชุมเพื่อพิจารณารับรองผลโรงพยาบาล</p> <p>7) สสจ.เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน (ดั่งเอกสารแนบท้าย) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลที่ สนย.จะเป็นผู้พัฒนาขึ้น</p> <p>8) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สรุปผลภาพรวมของประเทศและรายงานให้ สนย.</p>				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (10 จังหวัด), สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม				
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรวมของหน่วยบริการสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด (24 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานไตรมาส 1, 2, 3, และ 4)		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 25
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 50
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 90
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 95
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป

วิธีการประเมินผล :	ตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : กรมควบคุมโรค</p> <p>2. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3847935, 02-3940166 โทรสาร : ศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5918173 โทรสาร : 02-5904388 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p> <p>2. นางวีณา ภักดีสิริวิชัย รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904380 โทรสาร : 02-5904388 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p> <p>3. นางสาวอังคณา เมธากุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904392 โทรสาร : 02-5918189 กรมควบคุมโรค</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ
คำนิยาม	<p>แรงงานข้ามชาติ หมายถึง แรงงานซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม จึงเป็น แรงงานใน 4 สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ซึ่งได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมการจัดหางานหรือเจ้าพนักงานซึ่งอธิบดีมอบหมายให้ประกอบอาชีพตามประกาศของกระทรวงแรงงาน</p> <p>สุขภาพ ยึดคำนิยามตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือ ภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>ผลการตรวจ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 30 มีนาคม 2558 จำแนกเป็น 3 ประเภท คือ</p> <p>ประเภทที่ 1 ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ</p> <p>ประเภทที่ 2 ผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่จะต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ให้ทำการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>ประเภทที่ 3 ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน โดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หรือ - เป็นโรค ต้องห้ามมิให้ทำงาน คือ (1) วัณโรคระยะติดต่อ (2) โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 (5) การติดเชื้อเสียดให้โทษ (6) พิษสุราเรื้อรัง (7) โรคจิต จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน <p>โดยระบุไว้ในผลการตรวจเป็นประเภทที่ 3 ไม่สามารถอนุญาตให้ทำงานหรืออยู่ในราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราวได้</p> <p>ดังนั้น กลุ่มที่จะได้รับการรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพขณะตรวจร่างกาย และผู้ที่เจ็บป่วยหลังจากได้รับอนุญาตให้พำนักและทำงานในประเทศ ซึ่งสามารถติดตามให้เข้ามารับการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขได้</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 78	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		แรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบอาชีพในประเทศไทย ใน 4 สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา และเวียดนาม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		จากรายงาน			
แหล่งข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนแรงงานต่างด้าวที่พบมีสุขภาพที่สามารถติดตามตัวได้			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 75	
	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 78	
	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80
การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามา รับบริการตรวจสุขภาพ และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผล ความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่ม แรงงานที่พบปัญหา สุขภาพ

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 82
การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามา รับบริการตรวจสุขภาพ และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผล ความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่ม แรงงานที่พบปัญหา สุขภาพ

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 85
การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวที่เข้ามา รับบริการตรวจสุขภาพ และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงาน ต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนโดยอาสาสมัคร และให้ดูแลรักษาเมื่อ พบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผล ความสำเร็จการ ให้บริการในกลุ่ม แรงงานที่พบปัญหา สุขภาพ

วิธีการประเมินผล :

1. แรงงานต่างด้าวที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่เฝ้าระวังของสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการตรวจและประกันสุขภาพ
2. มีระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในชุมชนของสถานบริการสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ
3. สถานบริการสุขภาพมีระบบบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เช่นเดียวกับคนไทย

เอกสารสนับสนุน :

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ฉบับที่ 30 มีนาคม 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
2. Clinical Practice guideline ของโรคต่างๆ ตามที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	จำนวนแรงงาน ต่างด้าวที่พบปัญหา สุขภาพเมื่อมารับ บริการตรวจและ ประกันสุขภาพ ที่ OSS	ราย	19,615	1,268	8,965
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรศัพท์มือถือ : 082-3240991 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : kalyaneester@gmail.com 2. นางสาวฟ้า วงศ์หิมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรศัพท์มือถือ : 099-0581777 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์ประสานงานสุขภาพแรงงาน การช่วยเหลือเหยื่อค้ามนุษย์ และโครงการความร่วมมือ กับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศญี่ปุ่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวพัชรา เสถียรพัทธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรศัพท์มือถือ : 0823240991 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : kalyaneester@gmail.com 2. นางสาวฟ้า วงศ์หิมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901639 โทรศัพท์มือถือ : 099-0581777 โทรสาร : 02-5901740 E-mail : sudafawongharimat@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	63. ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้
คำนิยาม	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี (BCG- MMR) โดยเป็นเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการเข้าถึงการให้บริการวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี พื้นที่ชายแดนใต้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี พื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากความก้าวหน้าการรายงานผลวัคซีนตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากความก้าวหน้าการรายงานผลวัคซีนตามไตรมาส
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ตามไตรมาส (1,2,3,4) ได้รับวัคซีน DTP-HB3 ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ตามไตรมาส (1,2,3,4) ได้รับวัคซีน MMR1 ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีทั้งหมด ตามไตรมาส (1,2,3,4) ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/C) \times 100$ 2. $(B/C) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DTP-HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90	DTP - HB3 \geq 90
MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95	MMR1 \geq 95

วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากการบันทึกรายงานความครอบคลุมวัคซีนของสถานบริการหลังสิ้นแต่ละไตรมาส
--------------------	---

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	DTP-HB3	ร้อยละ	83.10	87.73	85.46
	MMR1	ร้อยละ	81.53	83.87	80.39

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสมคิด เพชรชาติรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 074-336084	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-8931620 E-mail : somkitepi@hotmail.com
	2. นางสาวอุไชชะห์ โอ๊ะจิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 074-336084	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 083 -03870790 E-mail :
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย		

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นายสมคิด เพชรชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 085-8931620</p> <p>โทรสาร : 074-336084 E-mail : somkitepi@hotmail.com</p> <p>สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	64. อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้				
คำนิยาม	การเสียชีวิตของมารดา หมายถึง การเสียชีวิตของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด (แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ) ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทะเบียนรายงานการตายมารดาไทยจากสถานบริการสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากสถานบริการสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน ในจังหวัดสงขลา ยะลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	37 : แสน LB	37 : แสน LB	37 : แสน LB	37 : แสน LB	
ปี 2561 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	35: แสน LB	35: แสน LB	35: แสน LB	35: แสน LB	
ปี 2562 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	30: แสน LB	30: แสน LB	30: แสน LB	30: แสน LB	

ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	25: แส่น LB	25: แส่น LB	25: แส่น LB	25: แส่น LB
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	20: แส่น LB	20: แส่น LB	20: แส่น LB	20: แส่น LB
วิธีการประเมินผล :	1. จังหวัดรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับอำเภอ ตำบล 2. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลมารดาไทยตายจากระดับจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องและ คำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา 3. ศูนย์อนามัยจัด conference case มารดาไทยตายระดับเขต 4. วิเคราะห์ สรุปสาเหตุการตายของมารดาและแนวทางแก้ไข			
เอกสารสนับสนุน :	-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
			2559	
		อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	38.8	42.8
	หมายเหตุ : รายงานการตายของมารดาตามที่อยู่จริง			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเริงฤทัย หลีเส้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767 โทรศัพท์มือถือ : 085-8941540 โทรสาร : 073-213747 E-mail : neabigbike@hotmail.com สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเริงฤทัย หลีเส้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-216767 โทรศัพท์มือถือ : 085-8941540 โทรสาร : 073-213747 E-mail : neabigbike@hotmail.com สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาสถานบริการด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	65. ร้อยละของสถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล
คำนิยาม	<p>สถานบริการด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่จัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ทั้งนี้ โดยกระทำให้เป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ โดยจัดให้มีบริการสุขภาพประเภทต่างๆ แก่ผู้รับบริการโดยจำแนกสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนี้</p> <p>1) สถานพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยว ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กระบี่ ชอนแก่น ชลบุรี เชียงราย เชียงใหม่ ตราด นครราชสีมา นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ต ระยอง สงขลา และสุราษฎร์ธานี</p> <p>2) สถานพยาบาลภาคเอกชน ได้แก่ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาลพ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547 พร้อมด้วยกฎกระทรวง และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งมี 2 ประเภท คือ</p> <p>2.1 สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีจำนวนเตียง 100 เตียงขึ้นไป</p> <p>2.2 สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ</p> <p>มาตรฐานสากล หมายถึง กระบวนการผ่านข้อกำหนดหรือขั้นตอนตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลของสหรัฐอเมริกาแบบ JCI (Joint Commission International Accredited Organization) หรือของประเทศไทยแบบ HA หรือ Advanced HA</p> <p>การส่งเสริม พัฒนา หมายถึง กิจกรรมที่จัดให้หรือการกระทำที่มีผลต่อสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การได้เข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา การออกเยี่ยมตรวจ การชี้แจงในพื้นที่ การให้คำปรึกษา การปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุนเอกสารวิชาการ</p>

<p>คู่มือ แนวทาง ฯลฯ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมโรงพยาบาล/คลินิก ในการพัฒนาตนเองโดยการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากล (Certified body) ของสหรัฐอเมริกา แบบ JCI (Joint Commission International Accredited Organization) หรือ ของประเทศไทยแบบ HA หรือ Advanced HA</p> <p>สถานพยาบาลได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการอบรมความรู้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานสากลทั้งแบบ JCI และ HA/Advanced HA โดยมีกองสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานบริการต่างๆ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐาน ทั้งนี้ สถานพยาบาลทุกแห่งเป็นผู้สมัครใจเข้าสู่การรับรองมาตรฐานด้วยตนเอง</p>																				
เกณฑ์เป้าหมาย																				
	ปีงบประมาณ 60 ร้อยละ 40	ปีงบประมาณ 61 ร้อยละ 50	ปีงบประมาณ 62 ร้อยละ 60	ปีงบประมาณ 63 ร้อยละ 70																
				ปีงบประมาณ 64 ร้อยละ 80																
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้บุคลากรในสถานพยาบาลมีองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล และเข้าสู่การรับรองมาตรฐานต่อไป																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด สถานพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการ (100 เตียงขึ้นไป) และคลินิกเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยว 15 จังหวัด																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการประชุมจำแนกตามจำนวนแห่งของสถานพยาบาล																			
ระดับการจัดเก็บข้อมูล	สำนัก/กอง																			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มพัฒนาการศึกษาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างประเทศ																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>50%</td> <td>-</td> <td>100%</td> </tr> </table> ปี 2561 : <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>50%</td> <td>-</td> <td>100%</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	50%	-	100%	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	50%	-	100%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
-	50%	-	100%																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
-	50%	-	100%																	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	50%	-	100%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	50%	-	100%

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	50%	-	100%

วิธีการประเมินผล :

รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 ดังนี้

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

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
		80 แห่ง	ร้อยละ 64.08	ร้อยละ 44.50

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ญ.ศิริณา รติพิชกุล

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	66. 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 <div><div>1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข</div><div>2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย</div><div>3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน</div></div>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	<div>ปีงบประมาณ 60</div> <div>ร้อยละ 100 ของรายการยาตามบัญชีมุ่งเป้ามามีผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ</div>	<div>ปีงบประมาณ 61</div> <div>ร้อยละ 100 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา</div>	<div>ปีงบประมาณ 62</div> <div>ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์</div>	<div>ปีงบประมาณ 63</div> <div>ร้อยละ 50 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์</div>	<div>ปีงบประมาณ 64</div> <div>ร้อยละ 80 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์</div>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน ภายในระบบประกันสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภทยา กองทุนประกันสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100)				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำ “รายการยาตามบัญชีมุงเป้า”	มีฐานข้อมูลความก้าวหน้าในการพัฒนายาตามรายการยามุงเป้าแต่ละรายการ	มีแผนพัฒนารายการยาตามบัญชีมุงเป้าเพื่อเข้าสู่ตลาดยา	ร้อยละ 100 ของรายการยาตามบัญชีมุงเป้ามีผู้ประกอบการรับผิดชอบในการผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 20 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 40 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 60 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา	ร้อยละ 100 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นทะเบียนตำรับยา

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ร้อยละ 80 ของรายการยา กลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและผลิตจำหน่ายในเชิงพาณิชย์	
วิธีการประเมินผล :		พิจารณาจากรายงานสรุปผลการดำเนินงาน			
เอกสารสนับสนุน :		-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ไม่มี		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษา)				
	1. ญญ วรสุดา ยุงทอง		ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907155		โทรศัพท์มือถือ : 086-3109302		
	โทรสาร : 02-5907341		E-mail : worasuda@fda.moph.go.th		
	สำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
	ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)				
	1. ญญ ดร ธารกมล จันทรประภาส		หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907028		โทรศัพท์มือถือ : 089-1420456		
	โทรสาร : 02-5918463		E-mail : tankamol@fda.moph.go.th		
	กลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
2. ญญ ดวงกมล รักดีสัตยพงศ์		หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907163		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร : 02-5907164		E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th			
กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<div> <div>1. น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5907292</div> <div>โทรสาร : 02-5918457</div> </div> <div> <div>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 081-8415786</div> <div>E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</div> </div> <div>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</div>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	67. 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 :					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 30 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 35 (ไม่สะสม)	ร้อยละ 38 (ไม่สะสม)	
วัตถุประสงค์		เพื่อสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุขและเครื่องมือแพทย์ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุขหรือมีศักยภาพทางการตลาด เพื่อการพึ่งพาตนเองของประเทศ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงด้านยาและเครื่องมือแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วประเทศ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
แหล่งข้อมูล		1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานรับรองประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3. รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมที่ได้รับการขึ้นทะเบียน					
ปี 2560 - 2564 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		มีจำนวนยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียน	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมจัดเตรียมเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนได้ถูกต้องและ อย.รับคำขอฯ	ผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักยาและกองควบคุมเครื่องมือแพทย์	มียาและเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 25
วิธีการประเมินผล :		พิจารณาจากรายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย			
เอกสารสนับสนุน :		รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1. จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา	รายการ	-	-	12
2. จำนวนรายการเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา	รายการ	-	-	10	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	● ผลิตภัณฑ์ยา	
	ปี 2560 - 2561 (ด้านการให้คำปรึกษาด้านยา)	
	1. ภญ วรสุดา ยุงทอง	ผู้อำนวยการสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร
		สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7155	โทรศัพท์มือถือ : 086-310-9302
	โทรสาร : 02-590-7341	E-mail : worasuda@fda.moph.go.th
	ปี 2562 - 2564 (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับยา)	
	2. ภญ. ดร. ธาณมล จันทรประภาพ	หัวหน้ากลุ่มงานกำกับดูแลยาก่อนออกตลาด
		สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ด้านการขึ้นทะเบียนตำรับ)
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7028	โทรศัพท์มือถือ : 089-142-0456
โทรสาร : 02-591-8463	E-mail : tankamol@fda.moph.go.th	
3. ภญ ดวงกมล รักดีสัตยพงศ์	หัวหน้ากลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร	
	สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7163	โทรศัพท์มือถือ :	
โทรสาร : 02-590-7164	E-mail : p_duangkm@fda.moph.go.th	
● ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์		
1. ด้านการให้คำปรึกษาด้านเครื่องมือแพทย์		
1. ดร. ภญ.สิรินมาส คัชมาตย์	หัวหน้างานพัฒนาระบบ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7149	โทรศัพท์มือถือ : 094-068-0068	
โทรสาร : 02-591-8445	E-mail : katchams@fda.moph.go.th	

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	68. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย				
คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาที่ได้รับการคัดเลือกจาก ตำรับยาแผนไทยของชาติ ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ ตำรายาเกร็ด/ ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพการใช้อย่างกว้างขวาง เกสซ์ตำรับโรงพยาบาลและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยได้รับการพิจารณา กลั่นกรองตามหลักเกณฑ์ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยกำหนด และผ่านความเห็นจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	100 ตำรับ	100 ตำรับ	100 ตำรับ	ประกาศตำรับยาแผนไทยแห่งชาติอย่างน้อย 300 ตำรับในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์ตำรายาแผนไทยแห่งชาติ	-
วัตถุประสงค์	เพื่อจัดทำ “ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ” ที่รวบรวมตำรับยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ครอบคลุมการรักษาโรค และเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงเพื่อประกอบการขึ้นทะเบียนตำรับยา การผลิต และจำหน่ายยาแผนไทย ยาจากสมุนไพร ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ และใช้ประกอบการเรียนการสอนการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ตำรับยาแผนไทยของชาติที่รัฐมนตรีประกาศ 2. ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ 3. ตำรายาเกร็ด ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน 4. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 5. ประกาศกระทรวง เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 6. เกสซ์ตำรับโรงพยาบาลจากสมุนไพร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตามเกณฑ์ที่กำหนด				

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการกลั่นกรองและคัดเลือกตามหลักเกณฑ์อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี (ปีงบประมาณ 2560-2562)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดตั้ง คณะกรรมการ จัดทำตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ 2. จัดตั้งคณะทำงาน กลั่นกรอง ตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ 3. จัดทำหลักเกณฑ์ คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ	1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ ตามกลุ่ม โรคและกลุ่มอาการ ทางการแพทย์แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทย แห่งชาติที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 10 ตำรับ	1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ ตามกลุ่ม โรคและกลุ่มอาการ ทางการแพทย์แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 50 ตำรับ	- ได้ผลกลั่นกรองตำรับ ยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 100 ตำรับ

ปี 2561 :

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

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
			300 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2562) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ

				กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และจัดพิมพ์ เป็นตำรายาแผนไทย แห่งชาติ
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				-
วิธีการประเมินผล :	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี			
เอกสารสนับสนุน :	1. ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก 2. รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ 3. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 4. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 5. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 6. ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2557	2558
		ตำรับ	ไม่มี	ไม่มี
				(เริ่มปี 2560)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ญ.ดร.อัญชลี จูทะพุทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรสาร : 02-5914409 สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ 2. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th			

	<p>3. นายนันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029</p> <p>โทรสาร : 0-25911095 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p> <p>กองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989</p> <p>โทรสาร : 02-9510218 E-mail : sukunya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	69. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ				
คำนิยาม	<div>1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านขั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภค</div> <div>2. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านขั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภคไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ</div> <div>3. คำจำกัดความของคำว่า "นวัตกรรม" คือ เป็นผลงานที่มีความใหม่ ที่ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง และมีการนำไปใช้ประโยชน์เรียบร้อยแล้ว เช่น การทดสอบใหม่ผ่านการ validate แล้ว นำไปเปิดให้บริการ และมีผู้ส่งตัวอย่างมาขอรับบริการแล้ว โดยระดับความเป็นนวัตกรรมสามารถแบ่งเป็นนวัตกรรมระดับกรม ระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ</div>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 25	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 50	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 75	ร้อยละของนวัตกรรมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านขั้นสูตรโรคและด้านคุ้มครองผู้บริโภคมีการนำไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชาวไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<div>1. จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม</div> <div>2. ประเมินผลนวัตกรรมที่มีการนำไปใช้</div>				
แหล่งข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นำไปใช้					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานข้อมูลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4					
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2560 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				ฐานข้อมูลนวัตกรรม 1 ฐานข้อมูล		
ปี 2561 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				25		
ปี 2562 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				50		
ปี 2563 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				75		
ปี 2564 :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
				100		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้แก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข					
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารผลงานเชิงวิชาการนวัตกรรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี 2559 จัดทำโดย คณะทำงานพัฒนานวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ภายใต้คณะกรรมการระบบบริหารคุณภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
	ผลงานเชิง นวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	-	-	-	-	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวรางคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. นางเดือนฉนอม พรหมขัติแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5910000 โทรสาร : 02-9511297 สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>2. นางสาวรางคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวรางคณา อ่อนทรง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กองแผนงานและวิชาการ</p> <p>2. นางสาวสมฤดี พินิจอักษร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5899868 โทรสาร : 02-5899868 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p>ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : warangkana.o@dmsc.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : budget_plan@dmsc.mail.go.th</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	70. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด				
คำนิยาม	<p>งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ</p> <p>การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข</p> <p>การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	10 เรื่อง	10 เรื่อง	12 เรื่อง	12 เรื่อง	15 เรื่อง
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันของประเทศของสมุนไพรด้วยนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากการวิจัย</p> <p>2. เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าและการพึ่งพามาจากต่างประเทศ</p> <p>3. เพิ่มทางเลือกให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ และองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ				
แหล่งข้อมูล	<p>1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประมวลองค์ความรู้ งานวิจัย/ องค์ความรู้ ที่ได้จากการศึกษา และพัฒนาด้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก เพื่อ นำมาใช้จริงทางการ แพทย์ หรือทางการ ตลาด	- รวบรวมและคัดเลือก ผลการวิจัย/องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก และ ดำเนินการ ให้ได้ครบ ทั้ง 10 เรื่อง	- ประสาน/วางแผน/ ดำเนินการนำ งานวิจัย องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนาด้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก มาใช้ จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	- มีงานวิจัย/องค์ ความรู้ที่ได้จาก การศึกษาและ พัฒนาด้าน การแพทย์แผน ไทยและ การแพทย์ ทางเลือก หรือ การตลาด จำนวน 10 เรื่อง

ปี 2561 :

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

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			15 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :

การสำรวจงานวิจัยสมุนไพร

เอกสารสนับสนุน :

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
งานวิจัยที่ ได้รับการ เผยแพร่	จำนวนเรื่อง	-	-	7

ข้อมูลสิ้นสุด ณ 10 ตุลาคม 2559

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ดร.ภญ.มณฑกา ธีรชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร : 02-2243247 สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495692 โทรสาร : 02-1495693 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>3. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>4. ภก.สมนึก สุขัชนาวนิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25647889 โทรสาร : 02-5647889 ต่อ 26 กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร</p> <p>5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 02-1495636 สำนักการแพทย์ทางเลือก</p> <p>6. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>7. นางศรีจรรยา โชติค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 สำนักยุทธศาสตร์</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660 E-mail : saowanee@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwantha@health.moph.go.th</p> <p>ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-7600592 E-mail : somnuekster@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-872-3270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สธิตย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490</p> <p>โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521</p> <p>E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p>
	<p>2. นางสาวสุกัญญา ชัยแก้ว</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809</p> <p>โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989</p> <p>E-mail : sukanya0210@gmail.com</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	71. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ
คำนิยาม	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพแต่ละเขตที่ได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนากำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของเขตสุขภาพไว้</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเขตสุขภาพนั้น</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จากระบบข้อมูล HROPS</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพ</p> <p>ระดับที่ 1 หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%</p> <p>ระดับที่ 2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด ได้แก่ จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร ช่วงอายุของบุคลากร ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน อัตราการสูญเสียของบุคลากร อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร และความต้องการอัตรากำลังตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center)</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคนของเขตสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการวางแผนการผลิต สรรหาและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ</p> <p>ระดับที่ 5 มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 6 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 8 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 10 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	เขตสุขภาพอย่างน้อย 12 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5
วัตถุประสงค์		เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเขตสุขภาพนั้น		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. สัมภาษณ์แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล		1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. รายงานแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ 3. เอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนเขตสุขภาพที่มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพถึงระดับที่ 5		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		A		
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 - 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต มีได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 2		เขตสุขภาพอย่างน้อย 4 เขต ได้มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพถึงระดับที่ 5	

วิธีการประเมินผล :	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. สํารวจจากแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ													
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ Download เอกสารได้จาก website สนย. ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 เป็นต้นไป													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><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><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	-	-	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
-	-	-	-	-										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div>1. <u>การจัดทำแผนกำลังคน</u></div> <div><div>1. นายแพทย์สุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384</div><div>รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-2660441 E-mail : thaihospital@hotmail.com</div></div> <div>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</div> <div>2. นางฉัตรภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384</div> <div>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</div> <div>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</div> <div>2. <u>ระบบข้อมูล HROPS</u></div> <div><div>1. นางมัยยัสต์ เหล่าสุรสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901458 โทรสาร : 02-5901446</div><div>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7534279 E-mail: mattayat.l@moph.mail.go.th</div></div> <div>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div>													
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<div>1. กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div> <div>2. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div>													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<div><div>1. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384</div><div>นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : hrh.bps@gmail.com</div></div> <div>กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div>													

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ 3 - 6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน</p> <p>การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้</p> <p>1) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 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/</p>

เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

3) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

4) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง 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	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และเป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

	2.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.ความร่วมมือระหว่างสถาบัน การผลิตและพัฒนาและเขต สุขภาพ 2.การบูรณาการทรัพยากรในการ ใช้ (คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขต สุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและ พัฒนากำลังคนที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ เขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	3.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	1.การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	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/การ พัฒนากำลังคนได้ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5
	5.การ ประเมินผล กระทบ ระบบการ บริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการ บริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและ พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและการ ต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายในระดับเขต/ ประเทศ	1.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตรา การย้าย ลาออก ลดลง	เฉลี่ย 5 ปี ที่ระดับ 3 และ เป้าหมายปีที่ 5 ที่ระดับ 5

เกณฑ์เป้าหมาย : เฉลี่ย 5 ปีเขตสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ 100 และในแต่ละปีเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ดังตารางนี้

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
7 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 5	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 5	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ 12 เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/การสำรวจจากเขตสุขภาพ 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 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบ ข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 2	7 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 3	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบ ข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 3	8 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ ระดับคะแนน 4	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบ ข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	9 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 5	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบ ข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	10 เขต ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ที่ระดับคะแนน 5	

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ทุกเขตผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบ ข้อที่ 1 – 4 ที่ระดับ คะแนน 4	ทุกเขต (12 เขต) ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบที่ระดับ คะแนน 5	

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด					
เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	-	50	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอริยา สุขลิ้ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901819 โทรศัพท์มือถือ : 081-8576870 โทรสาร : 02-5901820 E-mail : ariya975@yahoo.com กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์					

	<p>2. นางกัลยา เนติประวัติ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818</p> <p>โทรสาร : 02-5901817</p> <p>3. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809</p> <p>โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395</p> <p>E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535</p> <p>E-mail : srinuans711@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p> <p>(ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางกัลยา เนติประวัติ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818</p> <p>โทรสาร : 02-5901817</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809</p> <p>โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395</p> <p>E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535</p> <p>E-mail : srinuans711@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	73. 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 ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น 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

	<p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ</p> <p>5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	เฉลี่ยร้อยละ 80	เฉลี่ยร้อยละ 85	เฉลี่ยร้อยละ 90	เฉลี่ยร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ/เขตบริการสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน				
แหล่งข้อมูล	1. จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์/กลุ่มบริหารงานบุคคล/สถาบันพระบรมราชชนก				
	2. แผนบริหารอัตรากำลังทุกระดับที่มีการกำหนดหรือระบุเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 3				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 60 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนา บุคลากรร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

วิธีการประเมินผล :

รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ และคำนวณตามสูตรที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง
- 2.แผนผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ
- 3.รายงานผลการจัดสรร/พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
77	ร้อยละ	77	77	77

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางอริยา สุขลิ้ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901819 โทรสาร :</p> <p>2. นางสาวอลิสา ศิริเวชสุนทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>3. นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</p> <p>4. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>5. นางเบญจพร ทิพย์ผลาผลกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร :</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8576870 E-mail : ariya975@yahoo.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail : srinuans711@gmail.com</p> <p>นักวิชาการศึกษาพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail :</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1.นางกัลยา เนติประวัติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901818 โทรสาร :</p> <p>2. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901809 โทรสาร : 02-5901830</p> <p>สถาบันพระบรมราชชนก</p>	<p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6499395 E-mail : Catypakdee@gmail.com</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7830535 E-mail :srinuans711@gmail.com</p>

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้				
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่</p> <p>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล</p> <p>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p> <p>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (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 = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจ แนวทางการวัดดัชนี ความสุขของคนทำงานและ การนำดัชนีความสุขของ คนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมิน ดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวน บุคลากรของหน่วยงาน นั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2557	2558	2559
		-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. นายสรรเสรีญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรสาร : 02-5901421 </div> <div> ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 E-mail : sansernx@gmail.com </div> </div> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. นางสาวจิรพร ทองหอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรสาร : 02-5901421 </div> <div> นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908 081-4594871 E-mail : jeerap_15@hotmail.com </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 2. นางสาวสุดใจ จันทรเลื่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรสาร : 02-5901421 </div> <div> นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796 E-mail : sudjaich1@gmail.com </div> </div> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. นางธิดิภัทร คูหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384 </div> <div> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรสาร : 02-5901384 </div> <div> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346 E-mail : bops.hr@gmail.com </div> </div> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348	โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908, 081-4594871
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : jeerap_15@hotmail.com
	2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344	โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : sudjaich1@gmail.com
	กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
	1. นางธิดาภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211
	โทรสาร : 02-5901384	E-mail : inspect.n@gmail.com
	2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346
	โทรสาร : 02-5901384	E-mail : bops.hr@gmail.com
	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	75. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization index) ไปใช้				
คำนิยาม	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization index) โดยผ่านระบบ Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และหน่วยงานนั้นนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงานเพื่อพัฒนาสู่องค์กรที่มีความสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น 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 = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) ไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน บุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวน บุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy Public Organization Index)ไปใช้

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 60 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy Public Organization Index)ไปใช้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy Public Organization Index)ไปใช้

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy Public Organization Index)ไปใช้

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80 ของ หน่วยงานมีการนำ ดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy Public Organization Index)ไปใช้

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2557	2558	2559
		-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. นางนันทพร มานะเนตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901175 โทรสาร : </div> <div> ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 081-8319185 E-mail : - </div> </div> <p>สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสถาพร รัตนเทพี	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901040	โทรศัพท์มือถือ : 092-2818506
	โทรสาร :	E-mail : sa_vi_run@hotmail.com
	2. นางชุตินา อมรศักยะ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901196	โทรศัพท์มือถือ : 083-1882978
	โทรสาร :	E-mail : chutima.saengklay@gmail.com
	สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
	3. นางสาวจิรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348	โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908
		081-4594871
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : jeerap_15@hotmail.com
	4. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344	โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796
	โทรสาร : 02-5901421	E-mail : sudjaich1@gmail.com
	กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
	5. นางธิดิภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211
	โทรสาร : 02-5901384	E-mail : inspect.n@gmail.com
	6. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459	โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346
	โทรสาร : 02-5901384	E-mail : bops.hr@gmail.com
	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)				
คำนิยาม	<p>อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง จำนวนการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การให้ออกไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในแต่ละเขตสุขภาพ จากระบบฐานข้อมูล HROPS โดยการหาค่าเฉลี่ยจากข้อมูลการสูญเสีย 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2557 – 2559) โดยให้ระดับที่นำข้อมูลมาใช้</p> <p>ระดับที่ 1 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.999</p> <p>ระดับที่ 2 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 10 – 14.999</p> <p>ระดับที่ 3 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 15 – 19.999</p> <p>ระดับที่ 4 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 20 – 24.999</p> <p>ระดับที่ 5 ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 25 ขึ้นไป</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมในระดับที่					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ
	5	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการบุคลากรของหน่วยงาน ในเรื่องที่สามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ 1-12)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบ HROPS ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพที่ 1-12)				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มบริหารงานบุคคลของทุกหน่วยงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้าราชการที่สูญเสียเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้าราชการทั้งหมดเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนข้าราชการที่สูญเสียปีปัจจุบัน				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนข้าราชการทั้งหมดปีปัจจุบัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B) \times 100) - ((C/D) \times 100)$ <p>หมายเหตุ : อัตราการสูญเสียเดิม = $(A/B) \times 100$</p> <p>อัตราการสูญเสียปีปัจจุบัน = $(C/D) \times 100$</p>				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดบันทึกข้อมูลการสูญเสียในระบบ HROPS ให้เป็นปัจจุบัน	สรุปและวิเคราะห์รายงานการสูญเสียบุคลากรจำแนกตามสาเหตุของการสูญเสียว่าสาเหตุใดสามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียบุคลากรได้	หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันหรือลดอัตราการสูญเสียบุคลากร	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 5 – 9.999
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 10 – 14.999
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 15 – 19.999
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 20 – 24.999
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมร้อยละ 25 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากรายงานการสูญเสียบุคลากรของหน่วยงาน		
เอกสารสนับสนุน :	-		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2557	2558	2559
		-		ร้อยละ	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u> 1. นายสรรเสรีญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454 โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u> 1.นางสาวเกศรินทร์ ชี้แจง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901456 โทรศัพท์มือถือ : 081-4091213 โทรสาร : 02-5901455-6 E-mail : ketrin.13@hotmail.com 2. นางสาวนฤมล แสงบุญ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901424 โทรศัพท์มือถือ : 084-9124379 โทรสาร : 02-5901424, 1355 E-mail : narumons@health.moph.go.th กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
	หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1.นางธนวันต์ อจน้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901424, 1355 โทรศัพท์มือถือ : 092-8049391 โทรสาร : 02-5901424, 1355 E-mail : tan-2500@hotmail.co.th 2. นางสาวเกศรินทร์ ชี้แจง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901456 โทรศัพท์มือถือ : 081-4091213 โทรสาร : 02-5901455-6 E-mail : ketrin.13@hotmail.com กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	77. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
คำนิยาม	หมายถึง อำเภอที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้นๆ มีอัตราากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนซึ่งกำหนดไว้ในอัตราากำลังของแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตราากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%	ทุกเขตสุขภาพมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	

ปี 2561 :		<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td colspan="2">ร้อยละ 60</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		-	-	-	ร้อยละ 60	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
-	-	-	ร้อยละ 60												
ปี 2562 :		<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td colspan="2">ร้อยละ 70</td> </tr> </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 2563 :		<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td colspan="2">ร้อยละ 80</td> </tr> </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												
ปี 2564 :		<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td colspan="2">ร้อยละ 90</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		-	-	-	ร้อยละ 90	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
-	-	-	ร้อยละ 90												
วิธีการประเมินผล :		ประเมินจากข้อมูลในระบบ HROPS เปรียบเทียบกับเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขต													
เอกสารสนับสนุน :		-													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
		-	ร้อยละ	2557	2558										
		-		-	-										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<div> <div> 1. นายแพทย์สุวิชา สฤงคารพูนเพิ่ม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ </div> <div> 2. นางธิดาภัทร คุณหา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรสาร : 02-5901384 กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ </div> </div> <div> <div>รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-2660441 E-mail : thaihospital@hotmail.com</div> <div>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211 E-mail : inspect.n@gmail.com</div> </div>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สป.													

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <p>1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (4) บำรุงรักษาจิตใจ</p> <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p>กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	500,000 คน	500,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน	1,000,000 คน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน</p> <p>2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ</p> <p>3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด</p> <p>4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน</p>				

<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4</p> <p>LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2560 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>NCD: ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p> <p>- ปี 2561 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3</p> <p>LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2561 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>NCD: ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p> <p>- ปี 2562 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 2</p> <p>LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2562 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p> <p>- ปี 2563 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 5</p> <p>LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2563 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p>
-----------------------------	--

	<p>- ปี 2564 :</p> <p>LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2564 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p> <p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ 2 ช่องทาง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ 2) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net <p>2. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว</p> <p>2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร</p> <p>2.2 ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมิน แล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์</p>
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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	-
-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
60,000 คน	เพิ่มอีก 200,000 คน	เพิ่มอีก 240,000 คน	
-	-		ร้อยละ 55

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
120,000 คน	เพิ่มอีก 400,000 คน	เพิ่มอีก 480,000 คน	
-	-		ร้อยละ 60

ปี 2563 :

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

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด**
ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย
อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่
ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

	<p>2.การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net</p> <p>**เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 60:40</p> <p>ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน</p> <table><tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr><tr><td>1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td><td>20</td><td>1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า</td><td>10</td></tr><tr><td>2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td><td>20</td><td>2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td><td>10</td></tr><tr><td>3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td><td>20</td><td>3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด</td><td>10</td></tr><tr><td></td><td></td><td>4.บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>10</td></tr><tr><td>รวม</td><td>60</td><td>รวม</td><td>40</td></tr><tr><td colspan="4">รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr></table>	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10	2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10	3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10			4.บำรุงรักษาจิตใจ	10	รวม	60	รวม	40	รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด			
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																										
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10																										
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10																										
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10																										
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	10																										
รวม	60	รวม	40																										
รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด																													
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)</p> <p>2. หลักสูตร อสค.</p> <p>3. คู่มือ อสค.</p> <p>4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว</p> <p>5. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค.</p> <p>6. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net)</p>																												

	หมายเหตุ เอกสารประกอบการดำเนินงาน 1 - 3 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำต้นฉบับให้ โดยให้จังหวัดตาวนโหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อจัดทำสำเนาใช้ในพื้นที่ต่อไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-
	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอัญญิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18724 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18715 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : phc.division@gmail.com กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18724 E-mail : phc.division@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายพนพล ครุทน้อย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1937000 ต่อ 18815 โทรศัพท์มือถือ : 086-3932553 โทรสาร : 02-1937000 ต่อ 18815 E-mail : dol.kr@gmail.com กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	79. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เป็นการประเมินเชิงบวกเกี่ยวกับการดำเนินงานที่มีคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาล ที่หน่วยงานภาครัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐพึงต้องมีและยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดสะท้อน คุณลักษณะที่ดีในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ของหน่วยงาน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ต่อสาธารณชนหรือผู้รับบริการ เป็นมาตรการเชิงรุกที่ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ดำเนินการ และแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เห็นผล สามารถดำเนินการได้ในทันที และสามารถสะท้อน ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐได้อย่างแม่นยำ และขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564)</p> <p>องค์ประกอบในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความโปร่งใส (Transparency Index) 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability Index) 3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture Index) 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity Index) <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธการป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับคุณธรรมและความ โปร่งใสของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้ สูงขึ้นกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560- 2564) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และ องค์การมหาชน ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมิน</p>

	ตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62	
ร้อยละ 90		ร้อยละ 90		ร้อยละ 90	
ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64			
ร้อยละ 90		ร้อยละ 90			
คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน					
ระดับ		สูงมาก		สูง	
คะแนน		80-100		60-79.99	
				ปานกลาง	
				ต่ำ	
				ต่ำมาก	
				20-39.99	
				0-19.99	
วัตถุประสงค์		1. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ 2. หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ปี 2561		ปี 2562	
		396 แห่ง		548 แห่ง	
		ปี 2563		ปี 2564	
		548 แห่ง		700 แห่ง	
		1. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน (ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด+โรงพยาบาลศูนย์ (ถ้ามี) + โรงพยาบาลทั่วไป) 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4. โรงพยาบาลชุมชน 5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		หน่วยงานเป้าหมาย พัฒนาระบบการปฏิบัติงานตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาส ที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)			
แหล่งข้อมูล		แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็น			

	การประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4											
เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส												
ปี 2560 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ 3 (5)</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	70	80	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ระดับ 3 (5)	70	80	90									
ปี 2561 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ 3 (5)</td><td>80</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	90	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ระดับ 3 (5)	80	90	90									
ปี 2562 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ 3 (5)</td><td>80</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	90	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ระดับ 3 (5)	80	90	90									
ปี 2563 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ 3 (5)</td><td>80</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	90	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ระดับ 3 (5)	80	90	90									
ปี 2564 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ 3 (5)</td><td>80</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับ 3 (5)	80	90	90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
ระดับ 3 (5)	80	90	90									
วิธีการประเมินผล :	หน่วยงานจำนวน 396 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้ 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 : ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB4 – EB6

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5)

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 4	1
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 5 (ตรวจเฉพาะหน่วยงานคัดเลือกโครงการฯ จำนวน 5 โครงการ ที่มีงบประมาณสูงสุด ทั้งนี้ อาจยังไม่มีกรดำเนินการจัดซื้อ จัดจ้างก็ได้)	3
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 6	5

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

1	2	3	4	5
ระดับ 1	-	ระดับ 2	-	ระดับ 3

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
75	80	85	90	95

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
75	80	85	90	95

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
75	80	85	90	95

เอกสารสนับสนุน :	แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment) ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) จำนวน 85 หน่วยงาน	ร้อยละ	-	98.82 (85 หน่วยงาน)	94.12 (85 หน่วยงาน)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ : 02-5901330 โทรศัพท์มือถือ : 081-9315388 โทรสาร : 02-5901330 E-Mail : pankung08@gmail.com ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข					

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ				
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต กรม				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	80. ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม				
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557</p> <p>เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</p> <p>ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	20	20	25	30	30
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และ สอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/สำนักบริหารการสาธารณสุข)				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม				
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				20	
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				20	
ปี 2562 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				25	
ปี 2563 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				30	
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
				30	
วิธีการประเมินผล :		เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน :		-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
		มูลค่าการจัดซื้อรวมฯ	ร้อยละ	20.44	20.98
				2559	24.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นางภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ เกสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 081-4384207 โทรสาร : 02-5901628 E-mail : jprapai@gmail.com 2. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 โทรสาร : 02-5901641 E-mail : paithip@gmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901641 โทรสาร : 02-5901641 สำนักบริหารการสาธารณสุข</p> <p>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6137997 E-mail : paithip@gmail.com</p>
---	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	81. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้</p> <p>1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ</p> <p>2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา</p> <p>3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น</p> <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <p>1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring)</p> <p>2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่น</p>

	<p>ของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น</p> <p>3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่ากับต้นทุนที่เกิดขึ้น</p> <p>ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน</p> <p>“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”</p> <p>คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>มาตรฐานการควบคุมภายใน</p> <p>มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment) 2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) 5. การติดตามประเมินผล (Monitoring) <p>องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ</p>
--	---

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบทานต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการทำงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง การะบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม และทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง

	/ ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและ ประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี																			
เกณฑ์เป้าหมาย <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 2</td><td>ร้อยละ 4</td><td>ร้อยละ 6</td><td>ร้อยละ 8</td><td>ร้อยละ 10</td></tr> </table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10						
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																
ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10																
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความ เข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็น ความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน 2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด 3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความ ครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลด ความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (9 กรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (76 แห่ง) และโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข (845 แห่ง)																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจ ราชการ และการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน																			
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 : <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 2</td></tr> </table> 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></td><td></td><td>ร้อยละ 4</td></tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 2	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 4
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
			ร้อยละ 2																	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
			ร้อยละ 4																	

ปี 2562 :

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

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 10

วิธีการประเมินผล :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์
เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย. 1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน	4
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5

เอกสารสนับสนุน :	หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	ร้อยละ	1.11	1.11	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวเครือพันธุ์ บุบบุญ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2341 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6980 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : boonboonboon05@gmail.com</p> <p>2. นางธัญชนก เสาวรัง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6981 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวดารณี บุญรอด นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ : 089-990-0975 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางธัญชนก เสาวรัง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ : 085-485-6981 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : thancha9@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวดารณี บุญรอด นักวิชาการตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-2339 โทรศัพท์มือถือ : 089-990-0975 โทรสาร : 02-590-2337 E-mail : bowy.97@gmail.com</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข</p>				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	กรม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	82. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานที่ปรากฏตาม พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554 หมวด 19 มาตรา 43 กระทรวง สาธารณสุข มีส่วนราชการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2. กรมสุขภาพจิต 3. กรมควบคุมโรค 4. กรมอนามัย 5. กรมการแพทย์ 6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <p>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) หมายถึง เกณฑ์ที่ส่วนราชการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการ ตรวจสอบทุกภาคส่วนของระบบบริหารงาน การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ โดยตระหนักถึงคุณค่าที่ส่งมอบแก่ผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เกณฑ์ PMQA เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับเรื่องสำคัญ 7 ด้านในการบริหารและดำเนินงานของส่วน ราชการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การนำองค์การ 2. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5. การมุ่งเน้นบุคลากร 6. การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ 7. ผลลัพธ์การดำเนินการ

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558 3. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกหมวดที่มีผลงานโดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 กรม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ/ กลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
- จำนวนกรมทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้แล้วเสร็จ - จำนวนกรมดำเนินการตามเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558 และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครขอรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	- กรมที่ผ่านการพิจารณา รอบที่ 1 จำนวน 5 กรม จาก 9 กรม และส่งเอกสาร Application Report ฉบับสมบูรณ์ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในเวลาที่กำหนด	- กรมที่ผ่านการพิจารณา รอบที่ 2 จำนวน 5 กรม จาก 9 กรม และสำนักงาน ก.พ.ร. แจ้งการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ (Site visit)	- ร้อยละของกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด (ร้อยละ 20)	

(PMQA) รายนามรอบที่ 1 ส่งสำนักงาน ก.พ.ร. ภายในระยะเวลาที่กำหนด							
เงื่อนไข: ใช้ผลการพิจารณาตัดสินรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบราชการ ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนกันยายน							
ปี 2561 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 40			
ปี 2562 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 60			
ปี 2563 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 80			
ปี 2564 :							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน			
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน			
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560				ร้อยละ 100			
วิธีการประเมินผล :		ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
		1	กรมทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร				
			13 คำถาม (1 คะแนน)				
			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	- กรมประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ปี 2558 และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่ โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายนามอย่างน้อย 1 หมวด (0.50 คะแนน) - กรมจัดทำเอกสารส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) รอบที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด และส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)				

	<div>3</div> <div>- ผลการพิจารณาเอกสารสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รอบที่ 1 (0.50 คะแนน)</div> <table><tr><td>0.10 คะแนน</td><td>0.20 คะแนน</td><td>0.30 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr><tr><td>ผ่าน 3 กรัม</td><td>ผ่าน 4กรัม</td><td>ผ่าน 5 กรัม</td><td>ผ่าน 6 กรัม</td><td>ผ่านตั้งแต่ 7กรัม ขึ้นไป</td></tr></table> <div>- กรมที่ผ่านการพิจารณารอบที่ 1 จัดทำเอกสารเพิ่มเติมรอบที่ 2 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ กำหนด ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)</div>	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	ผ่าน 3 กรัม	ผ่าน 4กรัม	ผ่าน 5 กรัม	ผ่าน 6 กรัม	ผ่านตั้งแต่ 7กรัม ขึ้นไป			
0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน										
ผ่าน 3 กรัม	ผ่าน 4กรัม	ผ่าน 5 กรัม	ผ่าน 6 กรัม	ผ่านตั้งแต่ 7กรัม ขึ้นไป										
	<div>4</div> <div>- ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2(1 คะแนน)</div> <table><tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>ผ่าน 1 กรัม</td><td>ผ่าน 2 กรัม</td><td>ผ่าน 3 กรัม</td><td>ผ่าน 4 กรัม</td><td>ผ่าน 5 กรัม ขึ้นไป</td></tr></table> <div>หมายเหตุ: ให้นำรวมกรมที่ได้รับการตรวจ Certified FLมีผลคะแนน 275คะแนน ขึ้นไป</div>	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	ผ่าน 1 กรัม	ผ่าน 2 กรัม	ผ่าน 3 กรัม	ผ่าน 4 กรัม	ผ่าน 5 กรัม ขึ้นไป			
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน										
ผ่าน 1 กรัม	ผ่าน 2 กรัม	ผ่าน 3 กรัม	ผ่าน 4 กรัม	ผ่าน 5 กรัม ขึ้นไป										
	<div>5</div> <div>- ร้อยละ 20 ของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด (1 คะแนน)</div>													
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<div>ตัวชี้วัดใหม่</div> <table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด</td><td>ร้อยละ</td><td>22.20 (2 กรัม)</td><td>22.20 (2 กรัม)</td><td>55.50 (5 กรัม)</td></tr></table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	22.20 (2 กรัม)	22.20 (2 กรัม)	55.50 (5 กรัม)
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	22.20 (2 กรัม)	22.20 (2 กรัม)	55.50 (5 กรัม)										

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<table> <tr> <td data-bbox="474 96 938 331"> <p>1. นางสาวรณนา เจริญสุวรรณค์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p> </td><td data-bbox="938 96 1492 331"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052</p> <p>E-mail : suwanna_oey@yahoo.com</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="474 331 938 566"> <p>2. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p> </td><td data-bbox="938 331 1492 566"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277</p> <p>E-mail : lkung1038@gmail.com</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="474 566 938 801"> <p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p> </td><td data-bbox="938 566 1492 801"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444</p> <p>E-mail : A.deethongon@gmail.com</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="474 801 938 875"> <p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p> </td><td data-bbox="938 801 1492 875"> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954</p> <p>E-mail : trekrittikas@gmail.com</p> </td></tr> </table>	<p>1. นางสาวรณนา เจริญสุวรรณค์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052</p> <p>E-mail : suwanna_oey@yahoo.com</p>	<p>2. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277</p> <p>E-mail : lkung1038@gmail.com</p>	<p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444</p> <p>E-mail : A.deethongon@gmail.com</p>	<p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954</p> <p>E-mail : trekrittikas@gmail.com</p>
<p>1. นางสาวรณนา เจริญสุวรรณค์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052</p> <p>E-mail : suwanna_oey@yahoo.com</p>								
<p>2. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277</p> <p>E-mail : lkung1038@gmail.com</p>								
<p>3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร :</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444</p> <p>E-mail : A.deethongon@gmail.com</p>								
<p>4. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954</p> <p>E-mail : trekrittikas@gmail.com</p>								
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>								
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<table> <tr> <td data-bbox="474 1059 938 1249"> <p>1. นางภาววี แก้วพินนา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p> </td><td data-bbox="938 1059 1492 1249"> <p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079</p> <p>E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</p> </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="474 1249 1492 1301"> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> </td></tr> </table>	<p>1. นางภาววี แก้วพินนา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079</p> <p>E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</p>	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
<p>1. นางภาววี แก้วพินนา</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018</p> <p>โทรสาร : 02-5901406</p>	<p>ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079</p> <p>E-mail : Paravee.kpr@gmail.com</p>								
<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>									

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	83. 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 ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรสดังต่อไปนี้</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 คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ไม่น้อยกว่า 25 % 2. ไม่น้อยกว่า 80 %		1. ไม่น้อยกว่า 30 % 2. ไม่น้อยกว่า 85 %	1. ไม่น้อยกว่า 35 % 2. ไม่น้อยกว่า 90 %	1. ไม่น้อยกว่า 40 %	1. ไม่น้อยกว่า 45 %
วัตถุประสงค์		1. เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข			
		2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาล			
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย		1. สาเหตุการตาย : 76 จังหวัด (ยกเว้น กทม.)			
		2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย			
		2. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ			
		3. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย			

แหล่งข้อมูล	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$ 2. ข้อมูลบริการสุขภาพ : $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
สาเหตุการตาย				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2560		ไม่น้อยกว่า 25 %		ไม่น้อยกว่า 25 %
2561		ไม่น้อยกว่า 30 %		ไม่น้อยกว่า 30 %
2562		ไม่น้อยกว่า 35 %		ไม่น้อยกว่า 35 %
2563		ไม่น้อยกว่า 40 %		ไม่น้อยกว่า 40 %
2564		ไม่น้อยกว่า 45 %		ไม่น้อยกว่า 45 %
ข้อมูลบริการสุขภาพ				
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2560		ไม่น้อยกว่า 80 %		ไม่น้อยกว่า 80 %
2561		ไม่น้อยกว่า 90 %		ไม่น้อยกว่า 90 %
2562		ไม่น้อยกว่า 95 %		ไม่น้อยกว่า 95 %
2563				
2564				
วิธีการประเมินผล :	1.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร) 2.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 หมายเหตุ : การประเมินร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลต้องผ่านทั้ง คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์			

เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 (http://thcc.or.th/ebook.html)				
	2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล (http://thcc.or.th/ebook.html)				
	3. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	-	-
	2.คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค	ร้อยละ			
	2.1 ผู้ป่วยใน		-	97.39	-
	2.2 ผู้ป่วยนอก		-	89.39	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ข้อมูลบริการสุขภาพ</u>				
	1. นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ		ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1492		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-965-9816		E-mail : thcc.health@hotmail.com		
	กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
	2. นายมณฑล บัวแก้ว		หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497		โทรศัพท์มือถือ :		
	โทรสาร : 02-591-8627		E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th		
	กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
	<u>ข้อมูลสาเหตุการตาย</u>				
3. นางชูจิตรา นาชีวะ		หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร : 02-591-8194		E-mail : chujit@health.moph.go.th			
กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์					
4. นางนพรัตน์ จันทศรี		รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1491		โทรศัพท์มือถือ :			
โทรสาร : 02-591-8194		E-mail : jantasri@health2.moph.go.th			
กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์					

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	84. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))				
คำนิยาม	Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพ ข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	2560	2561	2562	2563	2564
	50%	60%	70%	80%	100%
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง 2. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง 3. เพื่อให้เกิดการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัย บำบัดรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เกิดเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกฉาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ รพศ./รพท./รพช. เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย 2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ รพช./รพ.สต. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ. 3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. http://nrefer.moph.go.th 3. ระยะ 20 ปี : สืบจากหน่วยบริการ				
แหล่งข้อมูล	1. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง 2. ระยะ 20 ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม, สิงหาคม)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 : +/- 10					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	20%	30%	40%	50%	
ปี 2561 : +/- 2					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	54%	56%	58%	60%	
ปี 2562 : +/- 2					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	64%	66%	68%	70%	
ปี 2563 : +/- 2					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	74%	76%	78%	80%	
ปี 2564 : +/- 5					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	85%	90%	95%	100%	
วิธีการประเมินผล :	1. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การใช้งาน Data Exchange 2. คำนวณจากรายงานใน http://nrefer.moph.go.th				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข 3. การจัดการระบบข้อมูล Refer ผ่านระบบ nRefer ของกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนิภา อมาตยคง				

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<div> <div>1. นางรุ่งนิกา อมาตยคง</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901169</div> <div>โทรสาร : 02-5901215</div> </div> <div> <div>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 087-0276663</div> <div>E-mail : ict-moph@health.moph.go.th</div> </div> <div>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div>

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)										
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ										
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)										
ลักษณะ	Leading Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	85. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)										
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด</p> <p>ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
<table><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>1%</td><td>5%</td><td>10%</td><td>15%</td><td>20%</td></tr></table>		2560	2561	2562	2563	2564	1%	5%	10%	15%	20%
2560	2561	2562	2563	2564							
1%	5%	10%	15%	20%							
ขอบเขต : 1) จำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ. ในระบบคลังข้อมูล HDC											
2) ตรวจสอบจากเลขประจำตัวประชาชน											
วัตถุประสงค์	<div>1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา</div> <div>2. เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล</div>										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<div>1. ระยะ 5 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ.</div> <div>2. ระยะ 10 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับใน สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการในสังกัดกรม</div> <div>3. ระยะ 20 ปี ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการ รพ.นอกสังกัด สธ. ทั้งภาครัฐและเอกชน</div>										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. ระบบ LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน 3. ระยะ 20 ปี : สํารวจประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล								
แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. และโรงพยาบาลสังกัดกรม ในสังกัด สธ. 2. ระยะ 20 ปี : สำนักงานสถิติแห่งชาติ								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2560 : ** เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบ PHRs / เฉพาะจังหวัดนำร่อง									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>1%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	1%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	1%						
ปี 2561 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>2%</td><td>3%</td><td>4%</td><td>5%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2%	3%	4%	5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
2%	3%	4%	5%						
ปี 2562 : ** เฉพาะจังหวัดนำร่อง									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>7%</td><td>8%</td><td>9%</td><td>10%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	7%	8%	9%	10%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
7%	8%	9%	10%						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>12%</td><td>13%</td><td>14%</td><td>15%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	12%	13%	14%	15%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
12%	13%	14%	15%						
ปี 2564 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>17%</td><td>18%</td><td>19%</td><td>20%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	17%	18%	19%	20%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
17%	18%	19%	20%						
วิธีการประเมินผล :	1. สุ่มตรวจสอบจากการใช้บัตรประชาชน smart card ดูข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของ สธ. 2. จำนวนการสมัครใช้ Application ระบบ PHRs ของ สป.สธ. 3. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน								
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2. มาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3. มาตรฐานความปลอดภัยสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ISO27001								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2557	2558	2559
		-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวจริยา มอบนรินทร์					

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	86. รายจ่ายสุขภาพต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)				
คำนิยาม	A. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ B. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสังคม C. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ D. ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างค่า A B C กับ D				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	พิสัยความต่างต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับปีก่อนหน้า	พิสัยความต่างต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับปีก่อนหน้า	พิสัยความต่างต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับปีก่อนหน้า	พิสัยความต่างต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับปีก่อนหน้า	พิสัยความต่างต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับปีก่อนหน้า
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ▪ ระบบประกันสังคม และ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none">- รวบรวมรายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก- รวบรวมจำนวนสมาชิกทั้งหมดของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และจำนวนสมาชิกแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^{1*})				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				

¹ 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100และมากกว่า

รายการข้อมูล 1	A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ
รายการข้อมูล 2	B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกันสังคม
รายการข้อมูล 3	C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบประกัน สุขภาพแห่งชาติ
รายการข้อมูล 4	D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวสมาชิกที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของระบบหลักประกัน สุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $((A-D)/D) \times 100$ 2. $((B-D)/D) \times 100$ 3. $((C-D)/D) \times 100$ วิธีการคำนวณพิสัย หาค่าต่ำสุดและสูงสุดระหว่าง 1 - 3
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ภายใน 2565)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			พิสัยความต่างต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ปีก่อนหน้า

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			พิสัยความต่างต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ปีก่อนหน้า

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			พิสัยความต่างต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ปีก่อนหน้า

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			พิสัยความต่างต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ปีก่อนหน้า

ปี 2564 :		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
					พิสัยความต่างต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ปีก่อนหน้า

วิธีการประเมินผล :	1. จัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก 2. ทำการคำนวณตามสูตร 3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายในแต่ละปี													
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือ SAFE													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ขณะนี้ยังไม่มี baseline data ต้องทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557, 2558 และ 2559</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="padding: 5px;">Baseline data</th><th rowspan="2" style="padding: 5px;">หน่วยวัด</th><th colspan="3" style="padding: 5px;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th style="padding: 5px;">2557</th><th style="padding: 5px;">2558</th><th style="padding: 5px;">2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">ยังไม่มี Baseline data ต้องรอ การวิจัย</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ยังไม่มี Baseline data ต้องรอ การวิจัย				
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2557	2558	2559										
ยังไม่มี Baseline data ต้องรอ การวิจัย														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. ดร.วัลย์พร พัชรนฤมล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรสาร : 02-5902385 </div> <div> นักวิจัยอาวุโส โทรศัพท์มือถือ : E-mail : walaiporn@ihpp.thaigov.net </div> </div> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. นางสาวชาอีดา วิริยาทร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรสาร : 02-5902385 </div> <div> ผู้ช่วยนักวิจัย โทรศัพท์มือถือ : E-mail : shaheda@ihpp.thaigov.net </div> </div> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ													

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	87. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ปรึกษาหารือ และตกลงร่วมกันเพื่อกำหนดวิธีการจ่ายเงิน และอัตราการจ่าย ให้สำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างน้อยหนึ่งกลไกการจ่าย (Payment mechanism)	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน	
วัตถุประสงค์	ภายใน พ.ศ. 2565 บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ▪ ระบบประกันสังคม และ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก <ul style="list-style-type: none">- รวบรวมข้อมูลการจ่ายเงินตามกลไกที่เลือก ในปี พ.ศ. 2560				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก				
รายการข้อมูล 1	-				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ภายใน 2565)				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ปรึกษาหารือ และ ตกลงร่วมกันเพื่อ กำหนดวิธีการ จ่ายเงิน และอัตรา การจ่าย ให้สำเร็จ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย หนึ่งกลไกการจ่าย (Payment mechanism) เก็บ ข้อมูล Baseline Data

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ติดตามและ ประเมินผล จากปี พ.ศ. 2560

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ติดตามและ ประเมินผล จากปี พ.ศ. 2561

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ติดตามและ ประเมินผล จากปี พ.ศ. 2562

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ติดตามและ ประเมินผล 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	2559
	รอกการวิจัย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.วลัยพร พัชรนฤมล นักวิจัยอาวุโส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : walaiporn@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กลุ่มประกันสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวชาอีดา วีริยาทร ผู้ช่วยนักวิจัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902366 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5902385 E-mail : shaheda@ihpp.thaigov.net สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กลุ่มประกันสุขภาพ				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	88. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน				
คำนิยาม	<p>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงซึ่งของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งในที่นี้เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2561 = 1,550,000 ราย</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2562 = 1,600,000 ราย</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2563 = 1,650,000 ราย</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2564 = 1,700,000 ราย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5	ร้อยละ 95.5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ของแต่ละจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัดที่บันทึกในระบบ ITEMS				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. นางธัญจิรา ธนาศิริชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-8721669 โทรสาร : 02-8721669</p> <p>2. นางสาวสินุช ไชยสิทธิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-872166 โทรสาร : 02-8721603</p> <p>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th</p> <p>ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : 081-8191669 E-mail : sineenuch.c@niems.go.th</p>
---	---	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)														
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ														
โครงการที่	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน														
ลักษณะ	Lagging Indicator														
ระดับการวัดผล	ประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	89. ครั้วเรือนที่ต้องกลายเป็นครั้วเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)														
คำนิยาม	<div>ครั้วเรือนที่ต้องกลายเป็นครั้วเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คำนวนจากจำนวนครั้วเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน แต่ภายหลังจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วครั้วเรือนตกอยู่ใต้เส้นความยากจน</div> <div>หมายเหตุ : อ้างอิงจาก เป้าประสงค์ความเพียงพอ และความเป็นธรรม ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ 7 ของข้อเสนอการคลังสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (SAFE) : อ้างอิงจากเป้าหมาย3.8 (financial risk protection) เป้าประสงค์ที่ 3 ของ sustainable Development Goal(SDG)</div>														
เกณฑ์เป้าหมาย															
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 0.47</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 0.44</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 0.4</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน 0.47	-	ไม่เกิน 0.44	-	ไม่เกิน 0.4
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ไม่เกิน 0.47	-	ไม่เกิน 0.44	-	ไม่เกิน 0.4											
<table><tr><td>ปีที่ 5</td><td>ปีที่ 10</td><td>ปีที่ 15</td><td>ปีที่ 20</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 0.4</td><td>ไม่เกิน 0.2</td><td>ไม่เกิน 0.1</td><td>0</td></tr></table>						ปีที่ 5	ปีที่ 10	ปีที่ 15	ปีที่ 20	ไม่เกิน 0.4	ไม่เกิน 0.2	ไม่เกิน 0.1	0		
ปีที่ 5	ปีที่ 10	ปีที่ 15	ปีที่ 20												
ไม่เกิน 0.4	ไม่เกิน 0.2	ไม่เกิน 0.1	0												
วัตถุประสงค์	เพื่อกำกับ ติดตาม สถานการณ์การประสพภาวะกลายเป็นครั้วเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจทุกปี														
แหล่งข้อมูล	การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเส้นความยากจน ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้วเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนที่กลายเป็นครั้วเรือนภายใต้เส้นความยากจน ภายหลังจ่ายค่ารักษาพยาบาล														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้วเรือนทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ทุก 2 ปี)														
เกณฑ์การประเมิน :															

ปี 2560 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
					0.47	
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	
					0.44	
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	
					0.40	
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ซึ่งทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลเส้นความยากจนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ				
เอกสารสนับสนุน :		รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลฯ โดย IHPP				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2557	2558	
			ร้อยละ	0.47		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นางกาญจนา ศรีชมพู หัวหน้ากลุ่มงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-9696482 โทรสาร : 02-143-9741 E-mail : kanchana.s@nhso.go.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		สำนักบริหารแผนและงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางกาญจนา ศิริโกมล ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพท์สุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 084-4390152 โทรสาร : 02-1439741 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	90. ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)				
คำนิยาม	รายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นรายจ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งรายจ่ายดำเนินงาน และรายจ่ายสะสมทุนจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐ และนอกภาครัฐ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(Gross Domestic Product: GDP) หมายถึง มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศในระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้า และบริการ จะเป็นทรัพยากรของพลเมืองในประเทศหรือเป็นของชาวต่างประเทศ ในทางตรงข้าม ทรัพยากรของพลเมืองในประเทศแต่ไปทำการผลิตในต่างประเทศก็ไม่นับรวมไว้ในผลิตภัณฑ์ในประเทศ				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยการลงทุนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ไม่ควรจะมีสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย และ ผลิตภัณฑ์มวลรวม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2. รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี 3. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 4. National Health Account by country WHO				
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2. สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี 3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 5. World Health Organization				
รายการข้อมูล 1	A = รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ				
รายการข้อมูล 2	B = ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				

ระยะเวลาประเมินผล

ไตรมาส 4 (ประเมินทุก 2 ปี โดยการเลื่อนของข้อมูลประมาณ 2-3 ปี)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

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

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3.7 และไม่เกินร้อยละ 5

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	--	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3.7 และไม่เกินร้อยละ 5

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3.7 และไม่เกินร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล :

ใช้ข้อมูลตัวชี้วัดจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารสนับสนุน :

รายงานรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2554	2555	2556
	3.7 (2556)	ร้อยละ	3.8	3.8	3.7

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. กัญญา ดิษยาธิคม

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902386

โทรสาร : 02-5902385

นักวิจัย

โทรศัพท์มือถือ :

E-mail : kanjana@ihpp.thaigov.net

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	91. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)				
คำนิยาม	รายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นรายจ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งรายจ่ายดำเนินงาน และรายจ่ายสะสมทุนจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐ และนอกภาครัฐ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(Gross Domestic Product: GDP) หมายถึง มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศในระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้า และบริการ จะเป็นทรัพยากรของพลเมืองในประเทศหรือเป็นของชาวต่างประเทศ ในทางตรงข้าม ทรัพยากรของพลเมืองในประเทศแต่ไปทำการผลิตในต่างประเทศก็ไม่นับรวมไว้ในผลิตภัณฑ์ในประเทศ				
เกณฑ์เป้าหมาย : บาท					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ไม่น้อยกว่า 7,354	ไม่น้อยกว่า 7,354	ไม่น้อยกว่า 7,354
วัตถุประสงค์	เพื่อดูค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร โดยแสดงถึงการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพไปยังประชาชนทั้งหมด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 2. ประชากรไทยทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด 2. จำนวนประชากรกลางปี				
แหล่งข้อมูล	1. รายงานประชากรของประเทศไทย กระทรวงมหาดไทย 2. รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี 3. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 4. National Health Account by country WHO				
รายการข้อมูล 1	A = บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ				
รายการข้อมูล 2	B = รายงานจำนวนประชากรกลางปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (ประเมินทุก 2 ปี โดยการเลื่อนของข้อมูลประมาณ 2-3 ปี)				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																									
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																									
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																									
ลักษณะ	Lagging Indicator																									
ระดับการวัดผล	เขต																									
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	92. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																									
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การการคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภทดัชนีชี้วัด</th><th>น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (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>$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td></tr> <tr> <td>1.2 $QR < 1.0$</td><td>1</td><td>$QR = \text{เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$</td></tr> <tr> <td>1.3 $Cash < 0.8$</td><td>1</td><td>$CashR = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$</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>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย} - \text{รวม ค่าเสื่อมราคา}$</td></tr> </tbody> </table>		ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$	1.3 $Cash < 0.8$	1	$CashR = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย} - \text{รวม ค่าเสื่อมราคา}$
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย																								
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์																								
1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$																								
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$																								
1.3 $Cash < 0.8$	1	$CashR = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)}/\text{หนี้สินหมุนเวียน}$																								
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน																								
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$																								
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย} - \text{รวม ค่าเสื่อมราคา}$																								

	3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
	3.1 มิติ NWC หรือ ทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ รับภาระการขาดทุนเฉลี่ย ต่อเดือน (กรณี NWC เป็น บวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
	a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
	b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มี ผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
	c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
	3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับ ภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
	a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
	b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
	c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก < หรือ = 3 เดือน	0	
	3.3 กรณี NWC ติด บวก & มี NI เป็นบวก	0	

	3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2							
<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p> <p>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2560</p> <p>1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง</p> <p style="padding-left: 40px;">: บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ</p> <p style="padding-left: 40px;">: แผนงาน/กิจกรรม</p> <p style="padding-left: 40px;">: ผลผลิต/ผลลัพธ์</p> <p>2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)</p> <p>3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน</p> <p>มาตรการ</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>มาตรการที่ 1:</u> การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>มาตรการที่ 2:</u> ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>มาตรการที่ 3:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>มาตรการที่ 4:</u> พัฒนาคูณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>มาตรการที่ 5:</u> พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)</p>									
	<table><tr><th>มาตรการขับเคลื่อน</th><th>แนวทางการดำเนินงาน</th><th>เป้าหมาย</th></tr><tr><td>มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</td><td>1.1 จัดสรรแบบขั้นบันได Step Ladder ส่วน OP และ PP และพัฒนา IP K-Factor มาปรับอัตราจ่าย IP 1.2 การปรับเกลี่ยช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก</td><td>1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการจัดสรร/ชดเชยเงิน UC ตามเวลาที่กำหนด ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 100</td></tr></table>	มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	1.1 จัดสรรแบบขั้นบันได Step Ladder ส่วน OP และ PP และพัฒนา IP K-Factor มาปรับอัตราจ่าย IP 1.2 การปรับเกลี่ยช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการจัดสรร/ชดเชยเงิน UC ตามเวลาที่กำหนด ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 100		
มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย							
มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	1.1 จัดสรรแบบขั้นบันได Step Ladder ส่วน OP และ PP และพัฒนา IP K-Factor มาปรับอัตราจ่าย IP 1.2 การปรับเกลี่ยช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก	1.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 1.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการจัดสรร/ชดเชยเงิน UC ตามเวลาที่กำหนด ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 100							

		<p>1.3 มีการกักเงินเพื่อใช้บริหารความเสี่ยงและใช้ปรับเกลี่ยให้พอเพียง ต่อรายจ่ายขั้นต่ำของหน่วยบริการ</p> <p>1.4 มีข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการจัดสรร</p> <p>1.5 พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย</p>	
	มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	<p>2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินปี 2560</p> <p>2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส)</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 100</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>
	มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	<p>3.1 ประเมินสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้(ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ค่าตอบแทน) หน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HRG)</p> <p>3.2 พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว</p> <p>3.3 พัฒนาและใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FAI)</p>	<p>3.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ไม่เกินค่ามัธยฐาน+1 SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน (20 กลุ่ม)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>3.2 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 50</p>

			3.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI >90 ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75
มาตรการ 4: พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)	4.1 พัฒนาเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์	4.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีคะแนนคุณภาพบัญชี (ตรวจสอบบัญชีด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์)	4.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีความถูกต้อง
	4.2 จัดทำคู่มือตรวจสอบบททดลอง	4.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการตรวจและมีคะแนนคุณภาพบัญชีตามเกณฑ์ที่กระทรวง/เขต กำหนด	4.2 ร้อยละของหน่วยบริการ
	4.3 จัดทำคู่มือตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการ	ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 85	ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 80
มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)	5.1 สร้างเครือข่ายการเงินการคลังระดับเขต	5.1 จำนวนเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ	5.1 ร้อยละของ CFO ระดับเขต ผ่านการอบรมตามหลักสูตร
	5.2 พัฒนาศักยภาพCFOระดับเขต	ค่าเป้าหมาย: 12 เขต 76 จังหวัด	ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 80
	5.3 พัฒนาศักยภาพ Auditor ระดับเขต	5.2 ร้อยละของ CFO ระดับเขต ผ่านการอบรมตามหลักสูตร	5.3 ร้อยละของผู้ตรวจสอบบัญชี (Accounting Audit) ผ่านการอบรมตามหลักสูตร
มาตรการที่ 1 :			
การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)			
ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์	
เขต	1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยตามปัญหาและบริบทของพื้นที่	1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต 2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)	

		2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต 4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย	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.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ยี่ส่วนกลาง/เขต กำหนด 3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขึ้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย	1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC 2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน 3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขึ้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย
มาตรการที่ 2 : ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)			
	ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
	เขต	1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis) 3. ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด	1.มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2.ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)

		3.ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการ กำกับ ติดตามแผนและผลทาง การเงิน (7 แผน) ของจังหวัด
จังหวัด	1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อน นโยบายการจัดทำแผนทางการเงิน ตามกระทรวงกำหนด 2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงิน และความเสี่ยงของหน่วยบริการ ในจังหวัด 3. ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผน และผลทางการเงิน (7 แผน) ราย เดือนของหน่วยบริการ	1.มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย การจัดทำแผนทางการเงินตาม กระทรวงกำหนด 2.มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการใน จังหวัด 3.ผลการตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตาม แผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือนของหน่วยบริการ
หน่วย บริการ	1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไป ตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด 2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไป ตามเป้าหมาย 3. กำกับ ติดตามแผนและผลทาง การเงิน รายเดือน (7 แผน)	หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและ ผล ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า หรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)

มาตรการที่ 3 :

สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1.มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับ เขต 2.มีแนวทางการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้าน การเงินการคลัง 3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพใน การดำเนินงาน 7 ตัว ในการการ กำกับ 4.แผนประเมินประสิทธิภาพFAI(ไขว้จังหวัด) 5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจ เยี่ยมพื้นที่	1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2.มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการ บริหารค่าตอบแทนระดับเขต 3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกรายได้ไตรมาส 4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกรายได้ไตรมาส 5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการตรวจ เยี่ยม

	จังหวัด	1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2. การบริหารจัดการค่าตอบแทน ร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ 4. ประเมินประสิทธิภาพFAI) (ไขว้จังหวัด) 5. การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่	1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2. ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ 3. หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว 4. หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) 5. แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่ที่มีความเสี่ยง วิกฤติ
	หน่วยบริการ	1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต 2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง 3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว 4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)	1. ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ 2. ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ 3. ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว 4. ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI)
มาตรการที่ 4 : พัฒนาคูณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)			
	ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
	เขต	1.ชี้แจงแนวทางการจัดทำบัญชีให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ กระทรวง 2.พัฒนาหลักเกณฑ์การตรวจ คุณภาพบัญชี ในเขต 3.การจัดทำแผนการตรวจสอบ บัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งใน จังหวัด	1.มีแนวทาง คู่มือการจัดทำบัญชีให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง 2.มีหลักเกณฑ์การตรวจคุณภาพ บัญชี 3.มีการจัดทำแผนการตรวจสอบ บัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งใน จังหวัด 4. กำกับ ติดตามการส่งรายงาน ทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

จังหวัด	1.ชี้แจงแนวทางการจัดทำบัญชีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง ให้หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด 2.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด 3.แผนพัฒนาคุณภาพ บัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด ให้ผ่านเกณฑ์	1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา 2.มีการจัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด 3. หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดได้รับการตรวจคุณภาพบัญชี และผ่านเกณฑ์
หน่วยบริการ	1.การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง กำหนด 2.ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีและนำมาพัฒนา ให้ผ่านเกณฑ์	1.หน่วยบริการมีการส่งรายงานทางการเงินรายเดือน 2.หน่วยบริการได้รับการตรวจ ความถูกต้องทาง อิเล็กทรอนิกส์ของกระทรวง 3. หน่วยบริการได้รับการตรวจคุณภาพบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการที่ 5 :

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)

ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
เขต	1. แผนการประชุม CFO เขต 2. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง	1.มีการประชุม CFO เขต รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับกระทรวง
จังหวัด	1. แผนการประชุม CFO จังหวัด 2.แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพCFOและAuditor ในระดับจังหวัด	1.มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนา

		ศักยภาพCFO และAuditor ในระดับจังหวัด
หน่วยบริการ	1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP 2.แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ 3. แผนการอบรมการพัฒนา ศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น	1.มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส 2.มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ 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>	
จังหวัด	<p>1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และ มีระบบรายงานเขต</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 มีวิกฤติการเงิน</p>	

		ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และ มีระบบรายงานเขต				
	หน่วยบริการ	1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด 2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย 3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่า หรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)				
	เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง					
		เครื่องมือ	รายเดือน	รายไตรมาส	รายปี	หมายเหตุ
	บริหารแผน	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/	
		๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/	ตามแผนการลงทุน
	ปรับปรุงประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (Letter of Intent : LOI)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
		๔.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)	/	/	/	กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือ
	ประเมินผลการดำเนินงาน	๕.เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)		/	/	
		๖.เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)			/	
การเฝ้าระวัง	๗.ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)			/		
	๘.ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (Financial Risk Scoring)	/	/	/		
	๙.ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio :HGR)	/	/	/		
	๑๐.ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Unit Cost)	/	/	/		
เกณฑ์เป้าหมาย						
		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		ไม่เกินร้อยละ 8	6	4	2	0
วัตถุประสงค์		1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มประกันสุขภาพ) รายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล		กลุ่มประกันสุขภาพ				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 12	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 8

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 6

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 4

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วย บริการประสพภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 0

วิธีการประเมินผล :

การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน :

รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสพภาวะวิกฤติทาง
การเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2557	2558	2559	
หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสพภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	<u>ไตรมาส 1/57</u> ร้อยละ 11.58 <u>ไตรมาส 2/57</u> ร้อยละ 12.13 <u>ไตรมาส 3/57</u> ร้อยละ 12.91 <u>ไตรมาส 4/57</u> ร้อยละ 9.18	<u>ไตรมาส 1/58</u> ร้อยละ 6.31 <u>ไตรมาส 2/58</u> ร้อยละ 5.76 <u>ไตรมาส 3/58</u> ร้อยละ 12.19 <u>ไตรมาส 4/58</u> ร้อยละ 15.65	<u>ไตรมาส 1/59</u> ร้อยละ 8.71 <u>ไตรมาส 2/59</u> ร้อยละ 5.04 <u>ไตรมาส 3/59</u> ร้อยละ 9.83 <u>ไตรมาส 4/59</u> ร้อยละ 13.60	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901553 โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail : pitalpolb@hotmail.com

	<p>2. นางอุทัย เกษรา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรสาร :</p> <p>3. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576</p> <p>4. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรสาร : 02-5901576</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง โทรศัพท์มือถือ : E-mail : kuthai2@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nimanong_15@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรสาร : 02-5901576</p> <p>กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์มือถือ : E-mail : meawrnothai@gmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	93. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์				
คำนิยาม	<p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (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</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ 2. ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.การจแนงนับผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย 1.1 หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข) 1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ 1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข				

	<p>1.4 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวด และผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>1.5 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา 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</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>20</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				20
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			20						
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>25</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			25						
ปี 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>30</td></tr></table>		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						
			30						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>35</td></tr></table>		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						
			35						
ปี 2564 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน+</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>40</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน+	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			40						

วิธีการประเมินผล :	โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว				
	ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีดังนี้ 1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย 2. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ 3. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ 4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ				
เอกสารสนับสนุน :	1. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	117	115	114
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางชนิดา กาจันะ				

	<p>3. นางมยุรี จงศิริ โทร 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p> <p>4. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-5919835</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : research.moph@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901715 โทรสาร : 02-5901704</p> <p>2. ดร.ณัฐญา พัฒนะวณิชนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901716 โทรสาร : 02-5901704</p> <p>3. นางชนิดา กาจันะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>4. ดร.จุฬพร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9</p> <p>5. นางมยุรี จงศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5919835 โทรสาร : 02-5919835</p> <p>6. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : 02-5919835</p> <p>สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) (ด้านสาธารณสุข) โทรศัพท์มือถือ : 081-6124480 E-mail : pathom@health.moph.go.th</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 085-2476446 E-mail : nattaya-pa@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 E-mail : numaewssj@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2616060 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 E-mail : research.moph@hotmail.com</p>

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนางานวิจัย				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	94. ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี				
คำนิยาม	<p>การวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข</p> <p>งบประมาณที่เกี่ยวกับงานวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนให้กับนักวิจัยเพื่อใช้จ่ายในการจัดทำวิจัย เช่น เงินเดือน และค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายสำหรับงานสนาม ค่าใช้จ่ายสำนักงานค่าครุภัณฑ์ ค่าประมวลผลข้อมูล ค่าพิมพ์รายงาน ค่าจัดประชุมวิชาการเพื่อปรึกษาเรื่องการทำงาน หรือเพื่อเสนอผลงานวิจัยเมื่อจบโครงการแล้ว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – วันที่ 30 กันยายน 2560</p> <p>งบดำเนินการ หมายถึง งบประมาณรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำของหน่วยงาน ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค รวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะรายจ่ายดังกล่าว</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 กรม ได้แก่				
	1. กรมการแพทย์				
	2. กรมควบคุมโรค				
	3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
	4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
	5. กรมสุขภาพจิต				
	6. กรมอนามัย				

	7. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากทุกกรม 2. ติดตามและรายงานผลการดำเนินการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ของไตรมาสที่ 2-4 3. บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9,12 เดือน และบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560								
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับกรม จำนวน 8 กรม 2. เว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th								
รายการข้อมูล 1	A = งบประมาณดำเนินการที่เกี่ยวกับการวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 2	B = งบประมาณดำเนินการทั้งหมดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>0.25%</td><td>0.5%</td><td>1.0%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.25%	0.5%	1.0%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.25%	0.5%	1.0%						
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>0.25%</td><td>0.5%</td><td>1.0%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.25%	0.5%	1.0%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.25%	0.5%	1.0%						
ปี 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>0.5%</td><td>1.0%</td><td>1.5%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>0.5%</td><td>1.0%</td><td>1.5%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
ปี 2564 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>0.5%</td><td>1.0%</td><td>1.5%</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	0.5%	1.0%	1.5%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	0.5%	1.0%	1.5%						
วิธีการประเมินผล :	1. งบดำเนินการของแต่ละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรให้เป็นงบประมาณสำหรับการวิจัย อย่างน้อยร้อยละ 1.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560								

	2. จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด ได้อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2560				
เอกสารสนับสนุน :	1. การจัดทำรายงานในแต่ละไตรมาส จากกลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒน์ชัยกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714 โทรศัพท์มือถือ : 089-967674 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : bengouy@hotmail.com 2. นางจิรภฎา วานิชขันธ์กุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com 3. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902012 E-mail : research.moph@hotmail.com โทรสาร : 02-5919835 สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจิรภฎา วานิชขันธ์กุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079 โทรสาร : 02-5919832 E-mail : ppproject2016@hotmail.com 2. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902012 E-mail : research.moph@hotmail.com โทรสาร : 02-5919835 สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	15. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	95. ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
คำนิยาม	<p>ระบบ Knowledge Management หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในส่วนราชการซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด</p> <p>หน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการจัดการความรู้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ โดยประเมินตามระดับความสำเร็จของกรอบการดำเนินงานของหน่วยงาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน 9 กรม และเขตสุขภาพ 1-12 รวม 21 หน่วยงาน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน / web site : http://kmmoph.com/				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน 9 กรม และเขตสุขภาพ 1-12 รวม 21 หน่วยงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-มีการวางแผนการจัดการความรู้	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/	
	-มีแผนปฏิบัติการประจำปี	-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	-มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน	-มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้	
	-มีแผนงบประมาณ	-รูปภาพกิจกรรม	-มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี	
	-จัดทำรายละเอียด KPI				

			จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 60
--	--	--	---

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> -มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 70

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> -มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> -มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ -โครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 90

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> -มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเผยแพร่องค์ความรู้Website http://www.kmmoph.com/ -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จำนวนหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	เอกสารรายงาน และ web site : http://kmmoph.com/
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารคู่มือการประเมินผลการจัดการความรู้ กระทรวงสาธารณสุข ระดับกรมและเขตสุขภาพ
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2557	2558	2559	
		ระดับความสำเร็จ การขับเคลื่อน การจัดการความรู้ หน่วยงานกระทรวง สาธารณสุข	ระดับ	5	5	-	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางชนิดา กาจันะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-8066238 E-mail : numaewssj@hotmail.com
	2. นางจุฬาร กระเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901718-9 โทรสาร : 02-5901718-9	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 094-4899929 E-mail : juraporn_krates@hotmail.com
สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
---	--

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1. ดร.สลักจิต ชุตินพงษ์วิเวท</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901717</p> <p>โทรสาร : 02-5901704</p>	<p>นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-8611196</p> <p>E-mail : salakchit.c@dmsc.mail.go.th</p>
---	---	--

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	16. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	96. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
คำนิยาม	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้อง ออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ <p>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้อง ออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</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. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทาง การแพทย์ พ.ศ. 2558 7. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 <p>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจาก กระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่ผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและ ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 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 และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี</p> <p>การแปลกฎหมาย หมายถึง การแปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template</p> <p>การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน</p> <p>ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ</p> <ol style="list-style-type: none">1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์2. การโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ3. การจัดการกับขยะมูลฝอย <p>ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้</p>																														
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4</p> <p>พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มมีเป้าหมายดังนี้</p> <p><u>กลุ่ม 1</u> กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table><tr><td>คะแนน 1</td><td>คะแนน 2</td><td>คะแนน 3</td><td>คะแนน 4</td><td>คะแนน 5</td></tr><tr><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table> <p><u>กลุ่ม 2</u> กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table><tr><td>คะแนน 1</td><td>คะแนน 2</td><td>คะแนน 3</td><td>คะแนน 4</td><td>คะแนน 5</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 35</td><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 45</td><td>ร้อยละ 50</td></tr></table> <p><u>กลุ่ม 3</u> กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table><tr><td>คะแนน 1</td><td>คะแนน 2</td><td>คะแนน 3</td><td>คะแนน 4</td><td>คะแนน 5</td></tr><tr><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 45</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 60</td></tr></table>		คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5																											
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																											
คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5																											
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50																											
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 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิกรและผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็นของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัด - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัดเจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด <p>โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้</p>
4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 50 38 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 60 46 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 70 53 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 80 61 แห่ง	สสจ.ดำเนินการได้ ร้อยละ 90 68 แห่ง

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน 2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	1. กลุ่มกฎหมาย 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					
	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
	จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4					
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) × 100					

ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินไตรมาส 4 2. ระดับความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4
-------------------	---

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 75	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50 กฎหมายกลุ่ม 1 มีความพร้อมร้อยละ 60	กฎหมายกลุ่ม 1 ผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ กฎหมายกลุ่ม 1 จำนวน 1 ฉบับ กฎหมายกลุ่ม 2 จำนวน 4 ฉบับ กฎหมายกลุ่ม 3 จำนวน 5 ฉบับ

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
-	-	-	-

2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90

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 พิจารณาจากผลสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประเมินจากข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 พวงนก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432
โทรสาร : 02-5901434 | <p>ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>นิติกรชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ :
E-mail : legal@health.moph.go.th</p> |
|--|--|

	<p>5. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน นิติกร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายกิตติ พวงนก นิติกรชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>2. นางสาวอัยยาชินทร์ ฤทธิเลื่อน นิติกร</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901432 โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 02-5901434 E-mail : legal@health.moph.go.th</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

ภาคผนวก

ก

(ส่วนอธิบายเพิ่มเติม)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 11 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ

11.2 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีชมรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

(สำหรับหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีชมรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

(สำหรับหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีร่างกายที่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ทั่วประเทศ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย <ul style="list-style-type: none">- มีโครงสร้างชมรมที่ชัดเจน (มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบ)- มีแกนนำในการมีกิจกรรมทางกายที่ได้รับการฝึกอบรมการมีกิจกรรมทางกาย- จัดกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง จัดกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นชมรมจักรยาน ชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายสะสม อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาที/วัน ต่อสัปดาห์- มีสถานที่การมีกิจกรรมทางกายที่แน่นอน ปลอดภัย- มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากชุมชน- มีสมาชิกชมรมฯ อย่างน้อย 20 คน		
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A= รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ของ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ของ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ของ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			- รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 ของ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

วิธีการประเมินผล : รพ.สต.ประเมินตนเอง พร้อมส่งหลักฐานประกอบไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ
สำนักงานสาธารณสุขสุ่มประเมิน รพ.สต.

เอกสารสนับสนุน : แบบประเมินชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ข้อมูลพื้นฐาน :

-

**ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลการ
ดำเนินงาน**

1. นางณัฐฐา กิจสมมารถ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5904585	โทรศัพท์มือถือ : 085-1069629
โทรสาร : 02-5904584	E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th
2. นายธีรพงษ์ คำพุ่ม	นักวิชาการชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5904585	โทรศัพท์มือถือ : 081-5720810
โทรสาร : 02-5904584	E-mail : theerapong6@hotmail.com

	<p>3. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587</p> <p>โทรสาร : 02-5904584</p> <p>Line: pmahc</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693</p> <p>E-mail : champthitikorn@gmail.com, thitikorn.t@anamai.mail.go.th</p>
--	---	---

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
 ตารางข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย
 และเรือนจำ 3 ปี ย้อนหลังที่ถูกรายงานการค้นพบ ปี 2558

สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จการรักษา 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย (%)
	2556	2557	2558	ค่าเฉลี่ย*	2560
ประเทศ	81.4	81.4	80.4	81.1	≥85
1 เชียงใหม่	69.4	72.7	69.0	70.3	≥72
2 พิษณุโลก	80.3	76.6	77.8	78.2	≥83
3 นครสวรรค์	83.0	79.3	83.0	81.7	≥85
4 สระบุรี	82.0	79.8	79.9	80.5	≥82
5 ราชบุรี	83.2	83.6	83.0	83.3	≥86
6 ชลบุรี	82.6	82.4	80.9	81.9	≥83
7 ขอนแก่น	85.2	83.5	80.3	82.9	>85
8 อุดรธานี	87.3	86.0	83.0	85.4	≥86
9 นครราชสีมา	89.2	88.3	86.4	88.0	≥85
10 อุบลราชธานี	88.3	87.1	85.2	86.7	≥87
11 นครศรีธรรมราช	76.8	76.6	77.3	76.9	≥78
12 สงขลา	81.5	82.7	82.9	82.4	≥84
13 สปคม.	74.9	77.7	73.8	76.2	≥74

หมายเหตุ ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เป็นคนไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ
 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งแยกรายจังหวัดตรวจสอบได้จาก www.tbthailand.org/data

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

เป้าหมายอัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนปีงบประมาณ 2560

แยกรายเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 14 จากค่าเป้าหมาย (median ปี 2553-2555) ทุกจังหวัด

เขต	ค่า median	จำนวน	อัตราตายต่อประชากรแสนคน
เขต 1	1,362	1,171	20.80
เขต 2	888	764	20.34
เขต 3	773	665	20.29
เขต 4	994	855	15.07
เขต 5	1,465	1,259	22.52
เขต 6	1,828	1,572	24.66
เขต 7	862	741	13.47
เขต 8	722	620	14.31
เขต 9	1,393	1,198	16.34
เขต 10	850	731	14.68
เขต 11	1,364	1,173	24.67
เขต 12	1,126	968	18.30
กรุงเทพฯ	194	167	2.94
รวม	13,819	11,884	18.39

หมายเหตุ : คำนวณลดลงจากฐานข้อมูลมรณบัตร โดยใช้ค่า median 3 ปี (ปี2553-2555) = 13,819 ราย

เป้าหมายการทำงาน "ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน" ในปีงบประมาณ 2560 รายจังหวัด แยกรายเดือน/ไตรมาส

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
กรุงเทพมหานคร	17	15	13	11	12	10	20	17	16	14	19	16	20	17	16	14	14	12	16	14	17	15	14	12	194	167
นนทบุรี	2	2	1	1	4	3	5	4	7	6	6	5	7	6	4	3	5	4	7	6	5	4	3	3	56	48
ปทุมธานี	7	6	10	9	8	7	8	7	9	8	13	11	9	8	10	9	6	5	10	9	5	4	6	5	101	87
พระนครศรีอยุธยา	11	9	20	17	12	10	21	18	19	16	21	18	19	16	17	15	18	15	21	18	17	15	16	14	212	182
นครนายก	9	8	10	9	6	5	11	9	10	9	7	6	7	6	10	9	6	5	7	6	9	8	5	4	97	83
ลพบุรี	16	14	16	14	20	17	17	15	18	15	19	16	22	19	16	14	19	16	11	9	12	10	18	15	204	175
สระบุรี	15	13	18	15	11	9	20	17	11	9	17	15	21	18	16	14	17	15	15	13	18	15	17	15	196	169
สิงห์บุรี	9	8	6	5	5	4	4	3	8	7	4	3	7	6	5	4	6	5	6	5	4	3	3	3	67	58
อ่างทอง	4	3	7	6	4	3	5	4	2	2	5	4	8	7	7	6	6	5	5	4	5	4	3	3	61	52
จันทบุรี	13	11	16	14	16	14	16	14	15	13	16	14	19	16	14	12	11	9	11	9	10	9	8	7	165	142
ฉะเชิงเทรา	21	18	26	22	21	18	26	22	23	20	23	20	19	16	23	20	22	19	22	19	17	15	17	15	260	224
ชลบุรี	41	35	37	32	55	47	42	36	54	46	49	42	48	41	43	37	49	42	50	43	36	31	39	34	543	467
ตราด	4	3	8	7	6	5	8	7	7	6	4	3	5	4	4	3	2	2	5	4	2	2	4	3	59	50
ปราจีนบุรี	13	11	15	13	11	9	13	11	18	15	16	14	20	17	16	14	14	12	14	12	14	12	14	12	178	153
ระยอง	32	28	30	26	25	22	30	26	28	24	38	33	26	22	35	30	30	26	32	28	34	29	24	21	364	313
สมุทรปราการ	11	9	10	9	12	10	12	10	14	12	13	11	11	9	9	8	11	9	11	9	10	9	11	9	135	116
สระแก้ว	11	9	13	11	7	6	14	12	10	9	11	9	6	5	10	9	14	12	10	9	9	8	9	8	124	107
เพชรบุรี	17	15	10	9	8	7	14	12	12	10	13	11	14	12	11	9	11	9	11	9	15	13	7	6	143	123
กาญจนบุรี	15	13	22	19	16	14	18	15	11	9	14	12	17	15	17	15	14	12	12	10	11	9	17	15	184	158

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
นครปฐม	23	20	30	26	21	18	30	26	26	22	24	21	30	26	24	21	26	22	26	22	28	24	28	24	316	272
ประจวบคีรีขันธ์	10	9	14	12	21	18	15	13	16	14	21	18	18	15	17	15	18	15	17	15	18	15	23	20	208	179
ราชบุรี	12	10	22	19	19	16	22	19	23	20	26	22	17	15	23	20	17	15	13	11	18	15	19	16	231	199
สมุทรสงคราม	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	4	3	3	3	5	4	1	1	4	3	3	2	2	2	31	26
สมุทรสาคร	14	12	14	12	10	9	9	8	10	9	11	9	12	10	8	7	7	6	9	8	7	6	7	6	118	101
สุพรรณบุรี	16	14	20	17	22	19	26	22	22	19	18	15	21	18	14	12	21	18	18	15	18	15	18	15	234	201
ชัยภูมิ	10	9	14	12	5	4	10	9	8	7	8	7	12	10	7	6	14	12	10	9	5	4	8	7	111	95
นครราชสีมา	66	57	76	65	56	48	80	69	62	53	79	68	74	64	54	46	55	47	70	60	57	49	45	39	774	666
บุรีรัมย์	21	18	27	23	22	19	31	27	24	21	26	22	17	15	22	19	26	22	25	22	14	12	17	15	272	234
สุรินทร์	21	18	25	22	22	19	16	14	23	20	19	16	20	17	16	14	22	19	20	17	9	8	23	20	236	203
เลย	10	9	13	11	11	9	18	15	9	8	13	11	12	10	9	8	11	9	7	6	7	6	8	7	128	110
กาฬสินธุ์	6	5	6	5	7	6	7	6	6	5	15	13	12	10	8	7	9	8	7	6	6	5	7	6	96	83
ขอนแก่น	36	31	46	40	38	33	28	24	34	29	42	36	44	38	34	29	33	28	45	39	24	21	23	20	427	367
บึงกาฬ	2	2	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	1	1	3	3	17	15
มหาสารคาม	13	11	10	9	8	7	9	8	9	8	10	9	8	7	10	9	9	8	10	9	10	9	10	9	116	100
ร้อยเอ็ด	23	20	21	18	19	16	18	15	18	15	19	16	20	17	24	21	22	19	16	14	14	12	9	8	223	192
หนองคาย	11	9	3	3	4	3	14	12	9	8	8	7	5	4	2	2	4	3	6	5	2	2	2	2	70	60
หนองบัวลำภู	3	3	4	3	3	3	7	6	4	3	7	6	2	2	5	4	2	2	3	3	3	3	3	3	46	40
อุดรธานี	21	18	11	9	18	15	15	13	16	14	18	15	26	22	12	10	19	16	11	9	12	10	9	8	188	162
นครพนม	8	7	7	6	3	3	7	6	5	4	9	8	5	4	7	6	3	3	5	4	5	4	4	3	68	58

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
มุกดาหาร	5	4	4	3	5	4	3	3	4	3	7	6	3	3	5	4	2	2	3	3	2	2	5	4	48	41
ยโสธร	6	5	7	6	6	5	7	6	7	6	6	5	6	5	6	5	7	6	5	4	3	3	8	7	74	64
ศรีสะเกษ	8	7	15	13	18	15	12	10	11	9	15	13	16	14	15	13	15	13	17	15	15	13	14	12	171	147
สกลนคร	19	16	20	17	20	17	21	18	14	12	12	10	29	25	11	9	11	9	16	14	19	16	13	11	205	176
อำนาจเจริญ	2	2	5	4	5	4	6	5	4	3	2	2	3	3	3	3	1	1	3	2	2	2	1	1	36	31
อุบลราชธานี	34	29	45	39	47	40	51	44	45	39	53	46	50	43	47	40	43	37	41	35	37	32	28	24	521	448
กำแพงเพชร	11	9	21	18	19	16	14	12	14	12	15	13	20	17	19	16	17	15	18	15	12	10	14	12	194	167
ชัยนาท	10	9	13	11	7	6	13	11	16	14	8	7	9	8	6	5	10	9	4	3	6	5	8	7	110	95
นครสวรรค์	21	18	21	18	29	25	29	25	28	24	28	24	25	22	33	28	19	16	26	22	18	15	21	18	298	256
พิจิตร	7	6	8	7	9	8	13	11	11	9	13	11	15	13	8	7	6	5	7	6	11	9	8	7	116	100
อุทัยธานี	6	5	7	6	3	3	9	8	7	6	3	3	7	6	5	4	3	3	2	2	2	2	1	1	55	47
เพชรบูรณ์	20	17	21	18	28	24	22	19	28	24	27	23	24	21	23	20	18	15	22	19	14	12	14	12	261	224
ตาก	10	9	7	6	5	4	5	4	8	7	10	9	5	4	10	9	3	3	4	3	6	5	7	6	80	69
พิษณุโลก	29	25	26	22	26	22	30	26	27	23	37	32	36	31	30	26	27	23	23	20	23	20	24	21	338	291
สุโขทัย	8	7	11	9	8	7	10	9	15	13	7	6	11	9	10	9	7	6	11	9	9	8	6	5	113	97
อุดรดิต์	6	5	5	4	9	8	10	9	9	8	11	9	10	9	9	8	8	7	5	4	7	6	7	6	96	83
เชียงใหม่	29	25	34	29	37	32	34	29	32	28	32	28	34	29	29	25	27	23	27	23	34	29	35	30	384	330
เชียงราย	35	30	36	31	36	31	39	34	32	28	33	28	41	35	23	20	30	26	24	21	22	19	26	22	377	324
แพร่	6	5	13	11	7	6	6	5	5	4	5	4	12	10	5	4	8	7	3	3	7	6	5	4	82	71
แม่ฮ่องสอน	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	21

จังหวัด	ไตรมาสที่ 1						ไตรมาสที่ 2						ไตรมาสที่ 3						ไตรมาสที่ 4						รวม	
	ตค.		พย.		ธค.		มค.		กพ.		มีค.		เมย.		พค.		มิย.		กค.		สค.		กย.			
	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%	med 53-55	ลดลง 14%
น่าน	7	6	9	8	6	5	6	5	12	10	9	8	9	8	8	7	5	4	7	6	6	5	5	4	89	77
พะเยา	8	7	8	7	9	8	10	9	10	9	14	12	12	10	9	8	9	8	9	8	4	3	6	5	108	93
ลำปาง	17	15	19	16	17	15	22	19	15	13	20	17	11	9	16	14	17	15	12	10	12	10	16	14	194	167
ลำพูน	8	7	8	7	9	8	8	7	9	8	12	10	11	9	9	8	11	9	7	6	8	7	4	3	104	89
กระบี่	14	12	12	10	11	9	11	9	12	10	13	11	11	9	16	14	15	13	15	13	11	9	9	8	150	129
ชุมพร	20	17	16	14	15	13	18	15	15	13	20	17	18	15	17	15	13	11	19	16	16	14	16	14	203	175
นครศรีธรรมราช	38	33	34	29	26	22	33	28	37	32	32	28	40	34	29	25	39	34	35	30	41	35	26	22	410	353
พังงา	5	4	7	6	2	2	3	3	9	8	4	3	3	3	4	3	6	5	3	3	3	3	5	4	54	46
ภูเก็ต	16	14	16	14	9	8	20	17	15	13	16	14	7	6	14	12	13	11	13	11	14	12	10	9	163	140
ระนอง	2	2	3	3	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	28	24
สุราษฎร์ธานี	28	24	26	22	28	24	26	22	30	26	34	29	31	27	24	21	23	20	39	34	32	28	35	30	356	306
ตรัง	21	18	15	13	16	14	21	18	26	22	20	17	15	13	14	12	17	15	18	15	19	16	20	17	222	191
นราธิวาส	12	10	12	10	5	4	10	9	9	8	12	10	13	11	14	12	8	7	7	6	10	9	10	9	122	105
ปัตตานี	6	5	4	3	4	3	6	5	6	5	6	5	3	3	6	5	5	4	9	8	6	5	6	5	67	58
พัทลุง	9	8	19	16	11	9	12	10	12	10	15	13	12	10	12	10	11	9	14	12	15	13	10	9	152	131
ยะลา	11	9	3	3	6	5	9	8	9	8	6	5	5	4	10	9	11	9	14	12	7	6	11	9	102	88
สงขลา	34	29	35	30	23	20	26	22	40	34	35	30	33	28	33	28	37	32	39	34	34	29	36	31	405	348
สตูล	5	4	7	6	4	3	7	6	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	6	5	56	48
รวม	1,132	973	1,231	1,058	1,100	946	1,256	1,080	1,206	1,037	1,287	1,107	1,265	1,088	1,128	970	1,105	950	1,125	967	1,005	864	982	844	13,819	11,884

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ประเด็นที่ 21.1: ผักและผลไม้สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
คำนิยาม	<p>ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต</p> <p>สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟต และกลุ่มคาร์บาเมต</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก 2. เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เกต ที่ไม่ผ่านมาตรฐานจากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ในกลุ่มออร์แกนิกฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>กิจกรรมสำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นมาตรการดำเนินการไม่นำมาคำนวณตัวชี้วัด</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลากตามรายการเอกสารแนบตัวชี้วัด 1-1 1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 2 และ

	<p>บันทึกการตรวจวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด ตามบัญชีหมายเลข 3 แนบท้าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก</p> <p>1.3 จัดทำข้อมูลสถานที่ผลิตและผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด ตามแบบฟอร์มกิจกรรมการสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก</p> <p>1.4 รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานในแบบฟอร์มกิจกรรมฯ และบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล(ต่อ)	<p><u>2. กิจกรรมเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit)</u></p> <p>2.1 สสจ. และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต) ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น (Screen Test) ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit ทดสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต ตามรายการในเอกสารแนบตัวชี้วัด 1-2</p> <p>2.2 หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit โดย</p>										

	<p>1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : www.foodsafetymobile.org ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560</p> <p>2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์</p> <p>2.3 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit พบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>2.4 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างชนิดของผักและผลไม้สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560” • ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” <p>2.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลรายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p><u>ส่วนกลาง</u> : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>										

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของผักและผลไม้สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์				
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 กำหนดเครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก จัดทำแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมาย สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ จัดอบรมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผักและผลไม้สดในประเทศ สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่ ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังผักและผลไม้ในประเทศ จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข

		<p>ตรวจสอบการ ตกค้างสารเคมี กำจัดศัตรูพืชใน ผักและผลไม้สด</p> <p>•ข้อมูล สถานการณ์เฝ้า ระวังผักและ ผลไม้สดใน ประเทศ</p> <p>•รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>•รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>กรณีผลการตรวจ วิเคราะห์ด้วยชุด ทดสอบเบื้องต้นไม่ ผ่านมาตรฐาน</p> <p>•รายงานผลใน ระบบ Dashboard ของ กระทรวง สาธารณสุข</p>	
เกณฑ์การประเมิน (ต่อ) :					
	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	เขต บริการ สุขภาพ (หน่วย เคลื่อนที่ ๓)	<p>•จัดทำแผนเก็บ ตัวอย่าง</p> <p>•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สด ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการ ตกค้างสารเคมี กำจัดศัตรูพืชใน ผักและผลไม้สด</p> <p>•แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</p>	<p>•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สด ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการ ตกค้างสารเคมี กำจัดศัตรูพืชใน ผักและผลไม้สด</p> <p>•แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</p>	<p>•ลงพื้นที่แหล่ง จำหน่าย เพื่อ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ผักและผลไม้สด ปลอดภัย</p> <p>2) ตรวจสอบการ ตกค้างสารเคมี กำจัดศัตรูพืชใน ผักและผลไม้สด</p> <p>•แจ้งผลการ ดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</p>	<p>•รวบรวมผลการ ดำเนินงานและ รายงานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง</p>

	<p>สสจ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด • ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด • ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด • ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ส่งต่อข้อมูลให้สำนักงานเกษตรจังหวัดเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการใช้สารเคมีทางการเกษตร • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข
--	---	--	--	--

วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-	96.91	97.82	97.52
หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. <u>ประเด็นการดำเนินงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค</u></p> <p>1.1 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิวดี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p> <p>1.2 ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวจิราภรณ์ ยอดเถื่อน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร</p> <p>นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p> <p>2. <u>ประเด็นการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวจุไรรัตน์ ถนอมกิจ โทรศัพท์ 02-590-7406</p> <p>ผู้ประสานงาน : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร</p> <p>นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการดำเนินงาน	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</p> <p>โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
--	--

รายชื่อผักหรือผลไม้สด

ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลไม้	ชื่อวิทยาศาสตร์
(1) กล้วย (banana)	พันธุ์ต่างๆ ของ <i>Musa spp.</i> และลูกผสม
(2) เกาลัด (chestnut)	<i>Castanea spp.</i>
(3) แก้วมังกร (dragon fruit)	<i>Hylocereus spp.</i> ; <i>H. undatus</i> (Haw.) Britton & Rose; <i>H. megalanthus</i> (K. Schum. ex Vaupel) Ralf Bauer; <i>H. polyrhizus</i> (F.A.C. Weber) Britton & Rose; <i>H. ocamponis</i> (Salm-Dyck) Britton & Rose; <i>H. triangularis</i> (L.) Britton & Rose;
(4) แคนตาลูป (cantaloupe)	<i>Cucumis melo</i> L. var. <i>cantalpensis</i>
(5) เงาะ (rambutan)	<i>Nephelium lappaceum</i> L.
(6) ชมพู (roses apple)	<i>Syzygium Jambos</i> (L.) Alston; Syn: <i>Eugenia Jambos</i> L.
(7) แตงโม (watermelon)	<i>Citrullus lanatus</i> (Thunb.) Matsum. & Nakai
(8) ทับทิม (pomegranate)	<i>Punica granatum</i> L.
(9) ฝรั่ง (guava)	<i>Psidium guajava</i> L.
(10) พุทรา (jujube)	<i>Zizyphus jujuba</i> Mill.
(11) มะม่วง (mango)	<i>Mangifera indica</i> L.
(12) มะละกอ (papaya)	<i>Carica papaya</i> L.
(13) ละมุด (sapodilla)	<i>Manilkara zapota</i> (L.) P. Royen; Syn: <i>Manikara achras</i> (Mill.) Fosberg; <i>Achras zapota</i> L.
(14) ลำไย (longan)	<i>Dimocarpus longan</i> Lour. Syn: <i>Nephelium longana</i> (Lam.) Camb.; <i>Euphoria longana</i> Lam.
(15) สตรอว์เบอร์รี (strawberries)	<i>Fragaria x ananassa</i> Duchesne ex Rozier
(16) ส้มเปลือกกล่อน ¹ (mandarins)/ ส้มตรา (oranges) ²	<i>Citrus sinensis</i> Osb.
(17) สาลี่ (pear)	<i>Pyrus pyrifolia</i> (Burm. f.) NaKai
(18) องุ่น (grapes)	<i>Vitis vinifera</i> L. หลายพันธุ์ (several cultivars)
(19) แอปเปิ้ล (apple)	<i>Malus domestica</i> Borkhausen

¹ ส้มเปลือกกล่อน ได้แก่ ส้มเขียวหวาน ส้มปรุเมืองและส้มสายน้ำผึ้ง หรือส้มโชกุน

² ส้มตรา ได้แก่ ส้มเซ้งและส้มจุก

ผลไม้	ชื่อวิทยาศาสตร์
(20) กระเทียม (garlic)	<i>Allium sativum</i> L.
(21) กะหล่ำดอก (cauliflower)	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>botrytis</i> L., หลายพันธุ์ ทั้งขาวและเขียว
(22) กะหล่ำปลี (cabbages)	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>capitata</i> L.
(23) กุยช่าย (chives, chinese)	<i>Allium tuberosum</i> Rottler ex Spreng.
(24) ข่า (galangal)	<i>Alpinia galanga</i> (L.) Stunz;
(25) คะน้า (kale)	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>alboglabra</i> (L.H. Bailey) Musil
(26) แครอท (carrot)	<i>Daucus carota</i> L.
(27) ต้นหอม (spring onion)	<i>Allium cepa</i> L. หลายพันธุ์, a.o. White Lisbon; White Portugal
(28) ต้นอ่อนพีช ได้แก่ ถั่วงอกดิบ (mungbean sprout)	<i>Vigna radiata</i> (L.) R. Wilczek var. <i>radiata</i>
(29) ตำลึง (Ivy gourd)	<i>Coceinia grandis</i> (L.) Voigt
(30) แตงกวา แตงร้าน (cucumber)	<i>Cucumis sativas</i> L.
(31) ถั่วงอกยาว	<i>Vigna unguiculata</i> (L.) Walp. subsp. <i>sesquipedalis</i> (L.) Verdc.
(32) ถั่วงอกเตา (garden pea)	<i>Pisum sativum</i> L. var. <i>sativum</i>
(33) บรอกโคลี (broccoli)	<i>Brassica oleracea</i> L. var. <i>italica</i> Plenck
(34) ใบกะเพรา (basil leaf)	<i>Ocimum sanctum</i>
(35) ใบบัวบก (asiatic pennywort)	<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.
(36) ปวยเล้ง (spinach)	<i>Spinacia oleracea</i> L.
(37) ผักกาดขาว (chinese cabbage)	<i>Brassica pekinensis</i> Lour
(38) ผักโขม	(amaranth) <i>Amaranthus</i> spp
(39) ผักบุ้งไทยต้นขาว (ผักบุ้งจีน) (kangkung/water spinach)	<i>Ipomoea aquatica</i> Forssk.
(40) พริกและพริกหวาน (pepper)	<i>Capsicum</i> spp.
(41) ฟักทอง (pumpkin)	<i>Cucurbita moschata</i> L.
(42) มะเขือเทศ (tomato)	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill.
(43) มะเขือเปราะ (thai eggplant)	<i>Solanum xanthocarpum</i> Schrad. & Wendl.
(44) มันฝรั่ง (potato)	<i>Solanum tuberosum</i> L.

ผลไม้		ชื่อวิทยาศาสตร์
(45)	หอมแดง (shallot)	<i>Allium cepa</i> L. var. <i>aggregatum</i> Don.
(46)	เห็ดเพาะเลี้ยง (mushrooms)	
(47)	โหระพา (sweet basil)	<i>Ocimum basilicum</i> L.

ประเด็นที่ 21.2: เนื้อสัตว์สด

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง
คำนิยาม	เนื้อสัตว์ หมายถึง ชิ้นส่วนจากร่างกายสัตว์ที่มนุษย์นำมาบริโภค โดยในที่นี้ หมายถึง วัว และหมู
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่ายทั่วประเทศ ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต จำนวน 200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><u>ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) และรายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สสจ.และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ตรวจสอบวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ 2. หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดย <ol style="list-style-type: none"> 1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : www.foodsafetymobile.org ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560 2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์ 3. กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา 4. สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเร่งเนื้อแดง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560” • ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”

	<div>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</div> <table><tr><th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr><tr><td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr><tr><td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr><tr><td>3</td><td>ภายใน 20 มี.ย.60</td></tr><tr><td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr></table> <div>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</div> <div>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</div>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มี.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มี.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<div>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</div> <div>ส่วนภูมิภาค : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</div> <div>2. เขตบริการสุขภาพโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</div>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเนื้อสัตว์สดที่ผ่านมาตรฐานด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างเนื้อสัตว์สดที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและทางห้องปฏิบัติการ และได้รับผลการตรวจวิเคราะห์										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง = $(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส										
เกณฑ์การประเมิน :	<table><tr><th>หน่วยงาน</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>อย.</td><td><div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div><div>•ข้อมูลสถานการณ์การ</div></td><td><div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div><div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div></td><td><div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div><div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div></td><td><div>•ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</div><div>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</div></td></tr></table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย.	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ข้อมูลสถานการณ์การ</div>	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div>	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div>	<div>•ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</div> <div>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</div>
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
อย.	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ข้อมูลสถานการณ์การ</div>	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div>	<div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด</div> <div>•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อติดตามตรวจสอบ</div>	<div>•ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</div> <div>•รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</div>							

		<p>เฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none">•รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>และดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none">•ข้อมูล <p>สถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none">•รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>และดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <p>สถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none">•ข้อมูล <p>สถานการณ์การเฝ้าระวังเนื้อสัตว์สดในประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none">•รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none">•รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๓)</p>	<ul style="list-style-type: none">•จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	<ul style="list-style-type: none">•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	<ul style="list-style-type: none">•ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อ1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อสัตว์ปลอดภัย2) ตรวจสอบการปลอมปนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ	<ul style="list-style-type: none">•รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>สสจ.</p>	<ul style="list-style-type: none">•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสาร	<ul style="list-style-type: none">•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสาร	<ul style="list-style-type: none">•ลงพื้นที่แหล่งจำหน่าย เพื่อตรวจสอบการปลอมปนของสาร	<ul style="list-style-type: none">•รายงานผลในระบบ <p>Dashboard ของ</p>

		เร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด •รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	เร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด •ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน •รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	เร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด •ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน •รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข													
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา																	
เอกสารสนับสนุน :	-																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยนับ</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง</td><td>ร้อยละ</td><td>98.47</td><td>95.51</td><td>95.64 (30 มิ.ย. 59)</td></tr></table> <p>หมายเหตุ : ผลวิเคราะห์โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น</p>					Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง	ร้อยละ	98.47	95.51	95.64 (30 มิ.ย. 59)
Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2557	2558	2559														
ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง	ร้อยละ	98.47	95.51	95.64 (30 มิ.ย. 59)														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพฑูรย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิตี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998</p>																	

	<p>2. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p> <p>1) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ :นางสาวจิราภรณ์ ยอดเถื่อน โทร 02-590-7252</p> <p>2) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรวัลย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)</p> <p>2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)</p>
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786</p> <p>โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ</p>

ประเด็นที่ 21.3: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท คือ ผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฉบับที่ 135 พ.ศ.2534 ฉบับที่ 256 พ.ศ.2545 ฉบับที่ 284 พ.ศ.2547 และ ฉบับที่ 316 พ.ศ.2553 โดยในตัวชี้วัดนี้พิจารณาเฉพาะ<u>มาตรฐานด้านจุลินทรีย์เท่านั้น</u> 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีการเก็บตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2559 <u>ซึ่งมีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย</u> 3. มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามนิยามในข้อ 2 ที่มีคุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีการเก็บตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559 ซึ่งมีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย แห่งละ 1 ตัวอย่าง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2559 ตามข้อมูลเบื้องต้นในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบตัวชี้วัด 3) ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งให้ ภายในวันที่ 3 ตุลาคม 2559 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยืนยันข้อมูลกลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมการอบรมเรื่องการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ภายในเดือนธันวาคม 2559)
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายทุกแห่ง (ภายในเดือนมีนาคม 2560)
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ตามหลักเกณฑ์ GMP และขอให้ระบุข้อมูลเพิ่มเติม ในแบบ ตส.3(50) ดังนี้
 - 4.1 กรรมวิธีการที่ใช้ในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเพิ่มเติม อาทิเช่น ระบบการกรองแบบ softener หรือ RO ระบบการฆ่าเชื้อแบบ UV หรือ โอโซน เป็นต้น ในช่องหมายเหตุของหมวดที่ 2 ข้อ 2.2.1 เครื่องหรืออุปกรณ์การปรับคุณภาพน้ำ
 - 4.2 แหล่งน้ำดิบ ในช่องหมายเหตุของหมวดที่ 3 ข้อ 3.1 แหล่งน้ำดิบ และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต (ภายในเดือนมิถุนายน 2560) และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ ได้แก่ Coliforms, *E. coli*, *Salmonella* spp. และ *S. aureus* โดยปริมาณตัวอย่างน้ำบริโภคฯ : ปริมาตรสุทธิรวม 6 ลิตร เช่น
 - ขนาดบรรจุ 500-900 มล. (12 ขวด)
 - ขนาดบรรจุ 1,000-1,500 มล. (6 ขวด)
 - ขนาดบรรจุ 5-20 ลิตร (1 ถัง)
 ในกรณีที่ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทที่บรรจุในภาชนะที่ใช้ครั้งเดียว และภาชนะบรรจุที่ใช้ซ้ำให้เก็บตัวอย่างทั้ง 2 แบบ
 ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า
 - “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”
 - ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”
5. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้

ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60
3	ภายใน 20 มิ.ย.60

		4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60		
	หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน 2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป				
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (A/B) \times 100$				
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">แผนการปรับปรุงสถานที่ผลิตบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจัดอบรมการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตกรุงเทพฯรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตกรุงเทพฯรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">สรุปผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข

	<table><tr><th>หน่วย งาน</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>สสจ.</td><td><ul style="list-style-type: none">ยืนยันข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมายรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</td><td><ul style="list-style-type: none">ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</td><td><ul style="list-style-type: none">ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</td><td><ul style="list-style-type: none">รายงานผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข</td></tr></table>	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	สสจ.	<ul style="list-style-type: none">ยืนยันข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมายรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">รายงานผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข
หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
สสจ.	<ul style="list-style-type: none">ยืนยันข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมายรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">ตรวจประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ของผลิตภัณฑ์ในเขตพื้นที่รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">รายงานผลการปรับปรุงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข							
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด										
เอกสารสนับสนุน :	-										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.							
				2557	2558	2559					
			-	-	-	-					
หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทร 02-590-7214 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ / นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214										

<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจี๊ยง ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ประเด็นที่ 21.4: ผลผลิตจากเนื้อสัตว์

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี						
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี						
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)						
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย						
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย						
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลผลิตจากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุดิบอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด						
คำนิยาม	<p>1.ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ หมายถึง ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 243) พ.ศ.2544 เรื่อง ผลผลิตจากเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม หมูยอ กุนเชียง และผลผลิตที่มีกระบวนการผลิตทำนองเดียวกันนี้ที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p>2.เกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ชนิดและปริมาณของวัตถุดิบอาหารที่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องวัตถุดิบอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70						
วัตถุประสงค์	เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้วัตถุดิบอาหารในผลผลิตจากเนื้อสัตว์						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลผลิตจากเนื้อสัตว์ที่เก็บ ณ สถานที่ผลิตที่มีอยู่ในจังหวัด						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลผลิตจากเนื้อสัตว์ กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลผลิตจากเนื้อสัตว์ทุกแห่งในจังหวัด ตามเกณฑ์ GMP</p> <p>3. เก็บตัวอย่างผลผลิต ณ สถานที่ผลิต ทุกผลผลิต ผลผลิตละ 1 ตัวอย่าง ในกรณีที่ผลผลิตมีมากกว่า 1 สูตร ให้พิจารณาสูตรที่มีการใช้วัตถุดิบอาหารมากที่สุดและส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของวัตถุดิบอาหาร ดังต่อไปนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลผลิต</th><th>รายการตรวจวิเคราะห์</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม</td><td> 1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์ </td></tr> <tr> <td>หมูยอ/ ลูกชิ้น</td><td> กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย) </td></tr> </tbody> </table>	ผลผลิต	รายการตรวจวิเคราะห์	ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์	หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)
ผลผลิต	รายการตรวจวิเคราะห์						
ไส้กรอก/ กุนเชียง/ แหนม	1. ไนเตรต ไนไตรท์ 2. กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก 3. ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์						
หมูยอ/ ลูกชิ้น	กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก (กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย)						

	<p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560” • <u>ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”</u> <p>ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 4</p> <p>4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>	ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน										
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59										
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60										
3	ภายใน 20 มิ.ย.60										
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60										
แหล่งข้อมูล	<p><u>ส่วนกลาง</u> : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ผลการตรวจวิเคราะห์มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$										
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">• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม)• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none">• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ ณ สถานที่ผลิต• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
เอกสารสนับสนุน :	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	2557	2558	2559
				59.46	67.08	68.36
หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)					

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักงานอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216</p> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพโรเพชร / นางสาววรวลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214</p>
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>● ส่วนกลาง</p> <p>น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th</p> <p>กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ สำหรับตัวชี้วัดที่ 4 หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 243) พ.ศ. 2544 เรื่อง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม หมูยอ กุนเชียง และผลิตภัณฑ์ที่มีกระบวนการผลิตทำนองเดียวกัน

วัตถุเจือปนอาหาร :

1. การใช้วัตถุเจือปนอาหาร ต้องใช้ตามชื่อวัตถุเจือปนอาหาร หมวดอาหารหรือชนิดอาหาร หน้าที่ทางด้านเทคโนโลยีการผลิต และปริมาณสูงสุดที่อนุญาต ตามที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างการเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามใน (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ...) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกำหนดเงื่อนไขการใช้วัตถุเจือปนอาหารในอาหาร
3. แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ (ข้อมูล ณ วันที่ 2 กันยายน 2559 ใช้จนกว่า (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ...) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) จะมีผลบังคับใช้) แสดงดังตาราง

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย ^{2,3}				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)		
1. ไส้กรอก - ไส้กรอกหมู - ไส้กรอกไก่	125 คำนวณเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 คำนวณเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต ⁴	1,500 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสีไม่อนุญาต (สีย้อมผ้า) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่าย อาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสอง หมื่นบาท) และผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่าย อาหารไม่บริสุทธิ์ ตามมาตรา 26 (1) ฝ่าฝืนมาตรา 25 (1) โทษตามมาตรา 58 (ต้องระวางโทษจำคุกไม่ เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้ง ปรับ)
- ไส้กรอกปลา	125 คำนวณเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 คำนวณเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต ⁴	2,000 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย ^{2,3}				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)		
2. กุนเชียง - กุนเชียงหมู - กุนเชียงไก่	125 คำนวณเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 คำนวณเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	1,000 คำนวณเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,500 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ข้อ 6) (เช่น การใช้ไม่ใช้ตามชนิดหรือชื่อวัตถุเจือปนอาหาร ชนิดอาหาร และปริมาณสูงสุดที่ให้ได้หรือมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมีปริมาณรวมกันเกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท)
- กุนเชียงปลา	125 คำนวณเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 คำนวณเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	200 คำนวณเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,000 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
3. แหนม - แหนมหมู - แหนมเนื้อ	125 คำนวณเป็น โซเดียมไนไตรต์ (ป.281)	500 คำนวณเป็น ไนเตรตทั้งหมด (ป.281)	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- แหนมปลา	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	200 คำนวณเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	1,000 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
4. หมูยอ ¹	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต*	ไม่อนุญาต*	ห้ามใช้ทุกชนิด	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)					มาตรการทางกฎหมาย
	วัตถุกันเสีย ^{2,3}				สีสังเคราะห์	
	กลุ่มไนไตรต์ (INS 249, 250)	กลุ่มไนเตรต (INS 251, 252)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)		
5. ลูกชิ้น ¹ - ลูกชิ้นหมู - ลูกชิ้นไก่ - ลูกชิ้นวัว	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	1,500 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- ลูกชิ้นปลา	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	2,000 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	
- ลูกชิ้นกุ้ง	ไม่อนุญาต ⁴	ไม่อนุญาต ⁴	2,000 คำนวณเป็นกรด เบนโซอิก (GSFA 2016)	2,000 คำนวณเป็นกรด ซอร์บิก (GSFA 2016)	ห้ามใช้ทุกชนิด	

หมายเหตุ 1. กรณีสงสัยว่ามีการใช้สีสังเคราะห์ให้เพิ่มการตรวจด้วย

2. - กลุ่มไนไตรต์ ได้แก่ INS 249 (โพแทสเซียมไนไตรต์) และ INS 250 (โซเดียมไนไตรต์)

- กลุ่มไนเตรต ได้แก่ INS 251 (โซเดียมไนเตรต) และ INS 252 (โพแทสเซียมไนเตรต)

- กลุ่มเบนโซเอต ได้แก่ INS 210 (กรดเบนโซอิก), INS 211 (โซเดียมเบนโซเอต), INS 212 (โพแทสเซียมเบนโซเอต) และ INS 213 (แคลเซียมเบนโซเอต)

- กลุ่มซอร์เบต ได้แก่ INS 200 (กรดซอร์บิก), INS 201 (โซเดียมซอร์เบต), INS 202 (โพแทสเซียมซอร์เบต) และ INS 203 (แคลเซียมซอร์เบต)

3. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

4. หากผู้ประกอบการมีความประสงค์จะใช้วัตถุเจือปนอาหารดังกล่าว ให้ยื่นแบบคำขอประเมินความปลอดภัยของวัตถุเจือปนอาหารที่ยังมิได้กำหนดเงื่อนไขการใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร โดยสามารถศึกษารายละเอียดและวิธีการยื่นคำขอได้จากคู่มือสำหรับประชาชน ซึ่งเผยแพร่ในเวปไซต์ <http://food.fda.moph.go.th/manual.php>

ประเด็นที่ 21.5: ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานนอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบ อยู่ในรูปแบบเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลวหรือลักษณะอื่น ซึ่งมีใช้รูปแบบอาหารตามปกติ (conventional foods) สำหรับผู้บริโภคที่คาดหวังประโยชน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดเป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร</p> <p>2. สารที่มีฤทธิ์ทางยา หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มยาลดน้ำหนัก (Sibutramine, Orlistat, Ephedrine หรือยาอื่นที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนัก) - กลุ่มยาลดความอยากอาหาร (Fenfluramine และ Phentermine) - กลุ่มยาระบาย (Phenolphthalein) - กลุ่มยาสเตียรอยด์ (Dexamethasone และ Prednisolone) - กลุ่มยารักษาโรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Sildenafil, Tadalafil และ Vardenafil)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยาในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เก็บ ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่ายที่มีอยู่ในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย (พิจารณาตามความเหมาะสมของพื้นที่) จังหวัดละ 5 ตัวอย่าง ภายในเดือนมีนาคม 2560 โดยพิจารณาจากผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่ามีการฉ้อฉลหรืออันตราย และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดังกล่าว</p> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560” • “ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” <p>ทั้งนี้การพิจารณาผลการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 5</p>

	<div>2. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</div> <table><tr><th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr><tr><td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr><tr><td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr><tr><td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr><tr><td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr></table> <div>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</div> <div>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</div>						ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน															
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59															
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60															
3	ภายใน 20 มิ.ย.60															
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60															
แหล่งข้อมูล	<div>ส่วนกลาง : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</div> <div>ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</div>															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา = (A/B) x 100															
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส															
เกณฑ์การประเมิน :	<table><tr><th>หน่วยงาน</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>อย./สสจ.</td><td><div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด</div></td><td><div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สะสม)</div></td><td><div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div><div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div></td><td><div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div><div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div></td></tr></table>	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อย./สสจ.	<div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด</div>	<div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สะสม)</div>	<div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div> <div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div>	<div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div> <div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div>					
หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
อย./สสจ.	<div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด</div>	<div>• สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สะสม)</div>	<div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div> <div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div>	<div>• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตหรือจำหน่าย</div> <div>• รายงานผลในระบบ Dashboard ของ</div>												

		<ul style="list-style-type: none"> รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 2558 2559		
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ทางยา	ร้อยละ	67.31	84.21	66.70 (25 พ.ค.59)
หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรลัญช์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 				

มาตรการการดำเนินงานกรณีสถานที่ผลิตหรือผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย

สถานที่ผลิตอาหาร /สถานที่จำหน่าย	บันทึก/พยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง	เกณฑ์การผ่าน	มาตรการทางกฎหมาย ตามพรบ.อาหาร พ.ศ.2522
1. การตรวจ สถานที่ผลิต (กรณีเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิตและ มีการตรวจสถานที่ ผลิต)	บันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิต แล้วแต่กรณี ได้แก่ - แบบ ตส.1(50) (GMP ทั่วไป) - แบบ ตส.11(55) (GMP ปิดสนิท (ป.สธ. 349)	- ผ่านร้อยละ 60 ทุกหมวด และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง - ผ่านร้อยละ 70 ทุกหมวด และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง	กรณีสถานที่ผลิตไม่เป็นไปตาม กฎหมายเป็นการฝ่าฝืนประกาศฯซึ่ง ออกตามมาตรา 6(7) มีโทษตามมาตรา 49 ปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
2. การตรวจฉลาก อาหาร	บันทึกเก็บตัวอย่าง/ ภาพถ่ายผลิตภัณฑ์ / ผลิตภัณฑ์ ตัวอย่าง	พิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือประกาศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ.2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, (ฉบับที่ 309) พ.ศ.2550) เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ฉบับที่ 2) และ (ฉบับที่367) พ.ศ.2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ เป็นต้น	กรณีฉลากอาหารไม่เป็นไปตาม กฎหมายเป็นการฝ่าฝืนประกาศฯซึ่ง ออกตามมาตรา 6(10) มีโทษตาม มาตรา 51 ปรับไม่เกินสามหมื่นบาท
3. การตรวจ วิเคราะห์หาสารที่มี ฤทธิ์ทางยา	- บันทึกเก็บตัวอย่าง (กรณีสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ ผลิต) - บันทึกตรวจสอบสถานที่จำหน่าย และใบเสร็จรับเงินค่า ตัวอย่าง (กรณีสุ่มตัวอย่างซื้อจากสถานที่จำหน่าย) - บันทึกนำส่งตัวอย่างไปที่ห้องปฏิบัติการ - รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ - เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น สรรพคุณทาง ยา เป็นต้น	ห้ามพบ	- กรณีตรวจพบสารที่มีฤทธิ์ทางยาเป็น การฝ่าฝืนมาตรา 25(1) มีโทษตาม มาตรา 58 จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับ ไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ - ให้ดำเนินการประกาศผลวิเคราะห์ ตามมาตรา 30(3) - สั่งงดผลิตตามมาตรา 30(2)

ประเด็นที่ 21.6: ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	นมโรงเรียน คือ ผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม โดยมีคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 350 พ.ศ. 2556 เรื่องนมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัด ตามเกณฑ์ GMP ปีละ 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ช่วงเดือน พ.ย. 59 • ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ช่วงเดือน มิ.ย. 60 <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 350) พ.ศ. 2556 เรื่อง นมโค และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 364) พ.ศ.2556 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค โดยดำเนินการเก็บตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง (1 ครั้ง/ภาคการศึกษา) ดังนี้</p> <p>(1) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ช่วงเดือน พ.ย. 59</p> <p>(2) ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ช่วงเดือน มิ.ย. 60</p> <p>โดยมีรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้</p> <p>(1) นมโคชนิดพาสเจอร์ไรส์ ตรวจวิเคราะห์จำนวน 10 รายการ ได้แก่</p> <p>เนื้อมันไม่รวมมันเนย 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 เนื้อมันไม่รวมมันเนย 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>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้</u></p>

- (1) หัวหนังสือตรงกลางด้านบน ระบุว่า “นมโรงเรียน” ด้วยตัวอักษรสีแดง
- (2) หัวหนังสือด้านขวาบน ระบุว่า “รอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”
- (3) ในช่องหมายเหตุระบุว่า

- “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

- **ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”**

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

3. รายงานข้อมูล ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงาน ดังนี้

รอบที่	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2559 *
2	ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2560*

หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ ในการจัดสรรสิทธิ์

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

3.2 ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)

หมายเหตุ :

1. การตรวจสอบสถานที่ผลิตต้องปฏิบัติตาม เงื่อนไขดังนี้

1.1 ชนิดพาสเจอร์ไรส์ ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 298) พ.ศ. 2549 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมพร้อมบริโภคชนิดเหลวที่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อด้วยความร้อนโดยวิธีพาสเจอร์ไรส์ (แบบ ตส.5 (50))

1.2 ชนิดยูเอชที ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 349) พ.ศ.2556 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดที่มีความเป็นกรดต่ำและชนิดปรับกรด (แบบ ตส.11 (56))

	2. การประชุมคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์ครั้งที่ 5/2559 (13 มิถุนายน 2559) มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขเข้มงวดในการตรวจสอบคุณภาพนมโรงเรียน เพื่อป้องกันปัญหานมเสีย โดยในทางปฏิบัติให้ อย. และ สสจ. เพิ่มความถี่ในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานนมโรงเรียนด้านเชื้อจุลินทรีย์ทุกเดือนดังนั้นในกรณีที่นอกเหนือจากแผนที่อย. กำหนดให้ผู้ประกอบการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์					
แหล่งข้อมูล	ส่วนกลาง : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภูมิภาค : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ผลการตรวจวิเคราะห์มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ให้รายงานเป็นกรณีเร่งด่วนภายในวันที่ 20 ธันวาคม 2559 และภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ให้รายงานโดยเร็ว ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560					
เกณฑ์การประเมิน :		หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		อย./ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 2/2559 รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 2/2559 จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต เทอม 1/2560 จัดส่งข้อมูลผลการเฝ้าระวังให้ Milk board / หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข 	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					

เอกสารสนับสนุน :	-																																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วย นับ</th><th colspan="6">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th colspan="2">2557</th><th colspan="2">2558</th><th colspan="2">2559</th></tr><tr><td>ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>เทอม 2/2556</td><td>เทอม 1/255</td><td>เทอม 2/255</td><td>เทอม 1/255</td><td>เทอม 2/255</td><td>เทอม 1/2559</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7</td><td>7</td><td>8</td><td>8</td><td>*</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>100</td><td>85.71</td><td>92.00</td><td>92.55</td><td>92.47</td><td>94.48</td></tr></table> <p>* ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2559</p>	Baseline data	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						2557		2558		2559		ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/2556	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559			7	7	8	8	*				100	85.71	92.00	92.55	92.47	94.48
Baseline data	หน่วย นับ			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																			
		2557		2558		2559																																	
ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์นม โรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มี คุณภาพ มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	เทอม 2/2556	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/255	เทอม 2/255	เทอม 1/2559																																
		7	7	8	8	*																																	
		100	85.71	92.00	92.55	92.47	94.48																																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ โทรศัพท์ 02-590-7206 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ / นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรวิทย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214																																						
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214																																						
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none">● ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา แซ่เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ																																						

ประเด็นที่ 21.7: ผลกระทบจากแป้ง

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี								
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี								
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)								
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย								
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย								
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด								
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์จากแป้ง หมายถึง ผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด) และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว และขนมจีน</p> <p>2. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ขนมจีน ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) วัตถุกันเสีย (กรดเบนโซอิก, กรดซอร์บิก)</p> <p>3. วัตถุเจือปนอาหารสำหรับผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว ได้แก่ ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</p> <p>4. การใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด หมายถึง มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งชนิดและปริมาณตามที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแป้ง								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแป้งที่เก็บ ณ สถานที่ผลิต ที่มีอยู่ในจังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้ง กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้งทุกแห่งในจังหวัด โดยผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยวตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ GMP ทั่วไป และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว และขนมจีน ตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ Primary GMP</p> <p>3. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต ทุกผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ละ 1 ตัวอย่าง และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณวัตถุเจือปนอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลิตภัณฑ์</th><th>รายการตรวจวิเคราะห์</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)</td><td>- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂)</td></tr> <tr> <td>ขนมจีน</td><td>- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก</td></tr> <tr> <td>เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว</td><td>- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์</td></tr> </tbody> </table> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ <u>โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</u></p>	ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์	เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO ₂)	ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก	เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์
ผลิตภัณฑ์	รายการตรวจวิเคราะห์								
เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	- ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO ₂)								
ขนมจีน	- กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก								
เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งเยว	- ชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์								

	<ul style="list-style-type: none">“ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”“ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” <p>ทั้งนี้การพิจารณาชนิดและปริมาณของการใช้วัตถุเจือปนอาหาร รวมถึงมาตรการการดำเนินงานกรณีผลวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบตัวชี้วัด 7</p> <p>4. รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table><tr><th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr><tr><td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr><tr><td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr><tr><td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr><tr><td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr></table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>						ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน															
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59															
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60															
3	ภายใน 20 มิ.ย.60															
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60															
แหล่งข้อมูล	<u>ส่วนกลาง</u> : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <u>ส่วนภูมิภาค</u> : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ได้รับการตรวจสอบการใช้วัตถุเจือปนอาหารเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผลิตภัณฑ์จากแบ่งที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์การใช้วัตถุเจือปนอาหารทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแบ่งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส															
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วย งาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
	อย./ สสจ.	• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่	• ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากแบ่ง ณ สถานที่ผลิต											

	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่ผลิตทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด (สะสม) • รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีความปลอดภัยการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	43.55	31.15	59.18
หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนกลาง					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : หัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร โทรศัพท์ 02-590-7216 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร์ ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพเพชร / นางสาววรวิญญ์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร) โทรศัพท์ 02-590-7214				

<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่วนกลาง <div> <div> น.ส. จิตธาดา เซ่งเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรสาร : 02-591-8457 </div> <div> ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th </div> </div> กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของ กระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
--	---

แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแป้ง

ผลิตภัณฑ์จากแป้ง สำหรับตัวชี้วัดที่ 7 หมายถึง ผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด) และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นกึ่งยาว และขนมจีน

วัตถุเจือปนอาหาร :

1. การใช้วัตถุเจือปนอาหาร ต้องใช้ตามชื่อวัตถุเจือปนอาหาร หมวดยาหรือชนิดอาหาร หน้าที่ทางด้านเทคโนโลยีการผลิต และปริมาณสูงสุดที่อนุญาต ตามที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เกี่ยวข้อง
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างการเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามใน (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ...) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกำหนดเงื่อนไขการใช้วัตถุเจือปนอาหารในอาหาร
3. แนวทางการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากแป้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 2 กันยายน 2559 ใช้จนกว่า (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ...) พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) จะมีผลบังคับใช้) แสดงดังตาราง

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร ^{1,2} (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)				มาตรการทางกฎหมาย
	ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO ₂) (INS 220)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)	สีสังเคราะห์	
1. เส้นก๋วยเตี๋ยว (เส้นสด)	500 ppm	1,000 ppm คำนวณเป็นกรดเบนโซอิก (GSFA2016)	2,000 ppm คำนวณเป็นกรดซอร์บิก (GSFA2016)	ไม่อนุญาต ³	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบสีไม่อนุญาต (สีย้อมผ้า) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6(4)(5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท) และผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารไม่บริสุทธิ์ ตามมาตรา 26(1) ฝ่าฝืนมาตรา 25(1) โทษตามมาตรา 58 (ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ)
2. ขนมจีน	20 ppm	1,000 ppm คำนวณเป็นกรดเบนโซอิก (GSFA2016)	2,000 ppm คำนวณเป็นกรดซอร์บิก (GSFA2016)	ไม่อนุญาต ³	

ผลิตภัณฑ์	ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร ^{1,2} (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ก.ย. 59)				มาตรการทางกฎหมาย
	ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO ₂) (INS 220)	กลุ่มเบนโซเอต (INS 210-213)	กลุ่มซอร์เบต (INS 200-203)	สีสังเคราะห์	
3. เส้นบะหมี่	ไม่อนุญาต ³	ไม่อนุญาต ³	ไม่อนุญาต ³	ห้ามใช้ทุกชนิด	กรณีผลวิเคราะห์ตรวจพบวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ข้อ 6) (เช่น การใช้ตามชนิดหรือชื่อวัตถุเจือปนอาหาร ชนิดอาหาร และปริมาณสูงสุดที่ให้ได้หรือมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมีปริมาณรวมกันเกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ใช้ได้ น้อยที่สุด) ถือเป็นการผลิต/นำเข้าเพื่อจำหน่าย/จำหน่ายอาหารที่ฝ่าฝืนประกาศซึ่งออกตามมาตรา 6 (4) (5) โทษตามมาตรา 47 (ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท)
4. แผ่นก๊วย	ไม่อนุญาต ³	ไม่อนุญาต ³	ไม่อนุญาต ³	ห้ามใช้ทุกชนิด	

หมายเหตุ 1. - กลุ่มซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂)

- กลุ่มเบนโซเอต ได้แก่ INS 210 (กรดเบนโซอิก), INS 211 (โซเดียมเบนโซเอต), INS 212 (โพแทสเซียมเบนโซเอต) และ INS 213 (แคลเซียมเบนโซเอต)

- กลุ่มซอร์เบต ได้แก่ INS 200 (กรดซอร์บิก), INS 201 (โซเดียมซอร์เบต), INS 202 (โพแทสเซียมซอร์เบต) และ INS 203 (แคลเซียมซอร์เบต)

2. การใช้วัตถุเจือปนอาหารในกลุ่มหน้าที่เดียวกันรวมกันตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ต้องมีปริมาณรวมกันแล้วไม่เกินปริมาณของวัตถุเจือปนอาหารชนิดที่กำหนดให้ได้น้อยที่สุด (อ้างอิงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง ข้อกำหนดการใช้วัตถุเจือปนอาหาร)

3. หากผู้ประกอบการมีความประสงค์จะใช้วัตถุเจือปนอาหารดังกล่าว ให้ยื่นแบบคำขอประเมินความปลอดภัยของวัตถุเจือปนอาหารที่ยังมิได้กำหนดเงื่อนไขการใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร โดยสามารถศึกษารายละเอียดและวิธีการยื่นคำขอได้จากคู่มือสำหรับประชาชน ซึ่งเผยแพร่ในเวปไซด์ <http://food.fda.moph.go.th/manual.php>

ประเด็นที่ 21.8: น้ำมันทอดอาหาร

ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
เป้าหมายการดำเนินงาน	ประชาชนสุขภาพดี
ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาพรวม	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence)
ประเภทสาเหตุ	ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย
ลักษณะ	ส่งเสริมสุขภาพของคนไทย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอด เช่น ข้าวเกรียบ แคบหมูทอด กะหรี่ปั๊บ เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังการใช้น้ำมันสำหรับทอดในสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่ายให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. น้ำมันขณะทอดผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่ทุกแห่ง ณ สถานที่ผลิตอาหารทั่วประเทศ 2. น้ำมันขณะทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายทั่วประเทศ (200 ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><u>1. การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิต ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>1.1 คัดเลือกสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายทุกแห่งในพื้นที่ โดยพิจารณาจากกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอด และส่งจำนวนสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th</p> <p>1.2 ตรวจประเมินสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย ตามเกณฑ์ GMP/ Primary GMP แล้วแต่กรณี</p> <p>1.3 บันทึกข้อมูลการใช้น้ำมันที่ใช้ทอด ตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่ผลิต) และเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> • “ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560” • ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” <p>1.4 รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p>

ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60
3	ภายใน 20 มิ.ย.60
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60

หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน

2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป

2. การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย ดำเนินการโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และ รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้

2.1 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตรวจสอบเฝ้าระวัง น้ำมันทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ แหล่งจำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

2.2 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค บันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานที่เก็บน้ำมัน ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร การกำจัดน้ำมันตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่จำหน่าย) และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kb@fda.moph.go.th

2.3 หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รายงานผลการเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น โดย

1) บันทึกข้อมูลการตรวจวิเคราะห์เข้าระบบฐานข้อมูล Mobile Unit ผ่านเว็บไซต์ : www.foodsafetymobile.org ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2560

2) รายงานผลงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเขตพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์

2.4 กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา

2.5 สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารดังกล่าวตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์

	<p>ทั้งนี้การส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โปรดระบุในหนังสือนำส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ในช่องหมายเหตุว่า</p> <ul style="list-style-type: none">“ภายใต้แผนการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560”ขอให้ส่งสำเนาผลวิเคราะห์ถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา” <p>2.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส ดังนี้</p> <table><tr><th>ไตรมาส</th><th>ระยะเวลาการรายงาน</th></tr><tr><td>1</td><td>ภายใน 20 ธ.ค. 59</td></tr><tr><td>2</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60</td></tr><tr><td>3</td><td>ภายใน 20 มิ.ย.60</td></tr><tr><td>4</td><td>รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60</td></tr></table> <p>หมายเหตุ : 1. * เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดตาม ม. 44 ที่กำหนดให้มีการรายงานในรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน</p> <p>2. ตัดข้อมูลภายในวันที่กำหนดและจะดึงข้อมูลในวันถัดไป</p>					ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน	1	ภายใน 20 ธ.ค. 59	2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60	3	ภายใน 20 มิ.ย.60	4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60
ไตรมาส	ระยะเวลาการรายงาน														
1	ภายใน 20 ธ.ค. 59														
2	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.พ. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 มี.ค. 60														
3	ภายใน 20 มิ.ย.60														
4	รายงาน 2 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ภายใน 20 ก.ค. 60 ครั้งที่ 2 ภายใน 20 ก.ย. 60														
แหล่งข้อมูล	<p><u>ส่วนกลาง</u> : สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p><u>ส่วนภูมิภาค</u> : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร</p>														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตัวอย่างน้ำมันชนิดทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย และได้รับการตรวจวิเคราะห์ค่าโพลาไรผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวอย่างน้ำมันชนิดทอดที่เก็บจากสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย ที่ที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ค่าโพลาไรทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาไรเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ โดยติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมิน :	หน่วยงาน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
	อย./ สสจ.	• จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่มีการใช้น้ำมันใน	• ตรวจสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บ	• ตรวจสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บ	• รายงานผลการเฝ้าระวังน้ำมัน ณ สถานที่ผลิต										

		<p>กระบวนการทอดกลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none">• ตรวจสอบสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<p>ตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none">• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<p>ตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ ณ สถานที่ผลิต เพื่อตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 ของสถานที่กลุ่มเป้าหมาย (สะสม)</p> <ul style="list-style-type: none">• ติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหาสถานที่จำหน่ายและสุ่มเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านมาตรฐาน• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข	<p>และสถานที่จำหน่ายกลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none">• รายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข
เขตบริการสุขภาพ (หน่วยเคลื่อนที่ ๖)	<ul style="list-style-type: none">• จัดทำแผนเก็บตัวอย่าง• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร	<ul style="list-style-type: none">• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร	<ul style="list-style-type: none">• ลงพื้นที่สถานที่จำหน่าย เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร	<ul style="list-style-type: none">• รวบรวมผลการดำเนินงานและรายงานหน่วยที่เกี่ยวข้อง	

	<div>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</div> <div>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ.ทราบ</div>	<div>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</div> <div>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</div>	<div>2) ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</div> <div>•แจ้งผลการดำเนินงานให้ สสจ. ทราบ</div>		
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	89.14%	84.60 %	76.82% (ข้อมูล ณ 25 มิ.ย.59)
หมายเหตุ: ข้อมูลจากการตรวจโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ข้อมูลวิชาการ และ งานตัวชี้วัด กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นางสาววรวิทย์ พูลสวัสดิ์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ โทร 02-590-7214				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : ดร.ไพบุลย์ เอี่ยมขำ โทรศัพท์ 081-857-9535 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางนิธิตี บัตรพรธนะ โทรศัพท์ 093-329-6998 2. ชื่อหน่วยงาน สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : นายวันชัย ศรีทองคำ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางทัศนอร ฉัตรไชยศิริ /นางสาวชนานันท์ ประไพโรเพชร /นางสาววรวิทย์ พูลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-590-7214				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	● ส่วนกลาง น.ส. จิตธาดา ช่างเจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-7292 โทรศัพท์มือถือ : 081-841-5786 โทรสาร : 02-591-8457 E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				

	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่วนภูมิภาค : บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารส่วนภูมิภาค 12 เขต 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ
--	--

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
(3 month remission rate)

คำชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.2560 ของรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นางประนอม คำเที่ยง)

มาตรการการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 1 ด้านส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด

1.1 ดำเนินการโครงการ To Be Number One อย่างจริงจัง ต่อเนื่องตามยุทธศาสตร์หลักโครงการทู บี นัมเบอร์ วัน
ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

1.2. รณรงค์สร้างความรู้ให้ประชาชน และเยาวชน เรื่องโทษของยาเสพติด

1.3. สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด ในสถานศึกษา สถานประกอบการและชุมชน ตามกลไกประชารัฐ

มาตรการที่ 2 ด้านคัดกรองบำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีคุณภาพมาตรฐานให้ครอบคลุมและทั่วถึง

2.1 ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการค้นหา เน้นกลไกประชารัฐ

2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์
(รพศ.) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค สังกัดกรมการแพทย์
และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติด

2.3 กำกับ ดูแล มาตรฐานของหน่วยบริการภาคีเครือข่าย เช่น ค่ายฯ เป็นต้น

มาตรการที่ 3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

3.1 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. รพ.ธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ และรพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนิน

มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

มาตรการที่ 4. มีกลไกการดำเนินงานยาเสพติด

4.1 จัดตั้งหน่วยงานยาเสพติดระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ รพศ. รพช. รพท.

4.2 ใช้กลไก ศปส.อ. สปส.จ.

4.3 ร่วมกับคณะกรรมการฟื้นฟูระดับจังหวัด กำกับ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละ 100 ของสถานบริการ ตั้งแต่ระดับ รพ.สต.ขึ้นไป จัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ได้ตามที่กำหนด	ร้อยละ 50 ของค่าย ศูนย์ขวัญฯ โรงเรียน วิวัฒนา ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 80 ของค่าย ศูนย์ขวัญฯ ค่ายวิวัฒนา ระบบต้องโทษ จัดบริการตาม มาตรฐานของกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติด ที่เสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายการบำบัดรักษา ตามเกณฑ์ที่กำหนด

	ร้อยละ 30 ของหน่วย บริการกระทรวง สาธารณสุขมีมาตรการลด อันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)	ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุขมี มาตรการลดอันตรายจากยา เสพติด (Harm Reduction)	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุขมี มาตรการลดอันตรายจากยา เสพติด (Harm Reduction)
			ร้อยละ 75 ของสถานบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา เสพติดทุกระบบผ่านการ รับรองคุณภาพมาตรฐาน

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)

คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. นพ. อัครพล ศุภศาสตรา รอง ผอ.สบรส. โทร 0 2590 1799, 081-5954450
ผลการดำเนินงาน	2. นางยุพา คงกลิ่นสุคนธ์ โทร 0 2590 1799 , 089 - 9279826 3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทร 0 2590 1799, 089-1050344 4. นางไพวัล อางหาญ ศอ.ปส.สร. โทร 0 2 590 2422, 0 8181 07445

2. สถานบริการตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไปจัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟันฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามกำหนด

คำนิยาม	การจัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟันฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด หมายถึง สถานบริการจัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟันฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามกำหนด ตามแนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแบบสำรวจการดำเนินงาน ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมและส่งผ่านเขตสุขภาพพร้อมทั้งสำเนาส่งสำนักบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = สถานบริการตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไปที่มีบริการคัดกรอง บำบัด ฟันฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด
รายการข้อมูล 2	B = สถานบริการตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือนแรก (ในกรณีที่จังหวัดยังไม่ผ่านจะมีการติดตามในไตรมาสต่อไป)
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประเมินผล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
และจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. นพ. อัครพล ศุภศาสตรา รอง ผอ.สบรส. โทร 0 2590 1799, 081-5954450
ผลการดำเนินงาน	2. นางยุพา คงกลิ่นสุคนธ์ โทร 0 2590 1799, 089 - 9279826 3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทร 0 2590 1799, 089-1050344

3. ค่ายศูนย์ขวัญฯ โรงเรียนวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

คำนิยาม	ค่ายศูนย์ขวัญฯ โรงเรียนวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบต้องโทษ ดำเนินงานตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ระบบบังคับบำบัด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ (กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ระบบบังคับบำบัด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ (กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) ตามแบบสำรวจการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมและส่งผ่านเขตสุขภาพพร้อมทั้งสำเนาส่งสำนักบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ระบบบังคับบำบัด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ (กรมราชทัณฑ์และ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) ที่จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B = ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ระบบบังคับบำบัด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ (กรมราชทัณฑ์และ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือนแรก (รายไตรมาส)
เอกสารสนับสนุน	คู่มือค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน คู่มือโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ระบบบังคับบำบัด คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ แบบสำรวจการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
และจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. นพ.อัศวพล ศุภศาสตร์ รอง ผอ.สบรส. โทร 0 2590 1799, 081-5954450
ผลการดำเนินงาน	2. นางยุพา คงกลิ่นสุนทร โทร 0 2590 1799 , 089 - 9279826 3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทร 0 2590 1799, 089-1050344 4. นางไพวัล ออาจหาญ ศอ.ปส.สธ. โทร 0 2 590 2422, 0 8181 07445

4. หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

คำนิยาม	มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) หมายถึง การให้บริการด้านยาเสพติด และการให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแบบสำรวจการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมและส่งผ่านเขตสุขภาพพร้อมทั้งสำเนาส่งสำนักบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = สถานบริการตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไปที่มีบริการตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)
รายการข้อมูล 2	B = สถานบริการตั้งแต่ระดับรพ.สต.ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือนแรก (รายไตรมาส)
เอกสารสนับสนุน	แบบสำรวจการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
และจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. นพ. อัครพล ศุภสาสตรา รอง ผอ.สบรส. โทร 0 2590 1799, 081-5954450
ผลการดำเนินงาน	2. นางยุพา คงกลิ่นสุนทร โทร 0 2590 1799 , 089 - 9279826 3. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง โทร 0 2590 1799, 089-1050344 4. นางไพวัล ออาจหาญ ศอ.ปส.สธ. โทร 0 2 590 2422, 0 8181 07445

5. สถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทุกระบบผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

คำนิยาม	การรับรองคุณภาพมาตรฐาน หมายถึง กระบวนการประกันคุณภาพระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ (กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ โดยกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ
รายการข้อมูล 1	A = สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B = สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นไป สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือนแรก (รายไตรมาส)
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
และจัดทำข้อมูล(ส่วนกลาง)	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. ทพ. ชุมพล ชมะโชติ ผอ. ส่วน ยุทธศาสตร์ โทร 0 2531 9943, 0 8162 65636
ผลการดำเนินงาน	2. นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์ หัวหน้าสำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โทร 0 2531 9943 , 0 8125 92840 3. นางญานี ทรายดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0 2531 9943, 0 8184 59236 4. นางสาวคนธ์ กลัทธิทองกรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0 2531 9943, 08 443 2353

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แนวทางการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

.....
แนวทางการพัฒนาตาม บัณฑิต 4 ชั้น

ผ่านระดับดีเยี่ยม (ต้นแบบ) หมายถึง		ผ่านระดับดีมาก หมายถึง	
4. เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลลดโลกร้อน		3. สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ภาคีเครือข่ายในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนได้	
ผ่านระดับดี หมายถึง		ผ่านระดับดี หมายถึง	
2. มีการนำเข้าสู่ข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก		2. มีการนำเข้าสู่ข้อมูล Carbon Footprint ผ่านโปรแกรม Carbon Footprint ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการลดก๊าซเรือนกระจก	
ผ่านระดับพื้นฐาน หมายถึง		ผ่านระดับดี หมายถึง	
1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ใน <u>ระดับพื้นฐาน</u>		1. โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการ CLEAN และ มีการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN <u>ทุกข้อ</u>	

ประเด็น	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
การพัฒนากิจกรรม GREEN			
G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	<p>1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <p>มีการปฏิบัติได้ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 7 เรื่อง ดังนี้</p> <p>(1) ด้านบุคลากร</p> <p>(2) การคัดแยกมูลฝอย</p> <p>(3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>สามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	<p>7. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <p>มีกระบวนการดังนี้</p> <p>มีนวัตกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหรือเป็นต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p>
	<p>2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป ด้วยกระบวนการดังนี้</p> <p>2.1 มีการลดการเกิดมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยใช้หลัก 3R</p>	<p>5. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</p> <p>มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปที่มีประสิทธิภาพโดยสามารถลดปริมาณการเกิดมูลฝอยทั่วไป</p>	<p>8. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไป</p> <p>มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไป</p>

	<p>2.2 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป และมีภาชนะ รองรับมูลฝอยทั่วไปแยกตามประเภท คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ</p> <p>2.3 มีการเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และ/หรือมีสถานที่พักรวมที่ถูกสุขลักษณะ</p> <p>2.4 มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งไปกำจัดกับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามข้อกำหนดของท้องถิ่น</p>		
	<p>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น</p> <p>มีการเก็บรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลไปยังที่พักรวมมูลฝอย เพื่อรอการนำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>	<p>6. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>มีการแยกเก็บรวบรวมตามประเภท เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/ภาชนะบรรจุสารเคมี/ซากแบตเตอรี่และถ่านไฟฉาย/ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์/หลอดไฟ เป็นต้น</p>	<p>9. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</p> <p>นำส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานที่กำจัดต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเภทมูลฝอยอันตราย และมีระบบกำกับติดตาม</p>

RESTROOM (ห้อง ส้วม)	1. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการ สาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</u>	2. มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้ มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) <u>ที่อาคารผู้ป่วย นอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน</u>	3.1 ผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ทุก จุด 3.2 มีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก สุขาภิบาล 3.3 ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม
ENERGY (การจัดการ ด้านพลังงาน)	1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2. มีการใช้ประโยชน์จากปัจจัยธรรมชาติให้เกิดการ ประหยัดพลังงาน/หรือมีการใช้พลังงานทดแทน การ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อลดความร้อนเข้าสู่อาคาร การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณรอบอาคารให้ร่มรื่น เย็นสบาย	3. มีการรายงานผลการประหยัดพลังงานจากทุก ส่วนภายในองค์กร และภาพรวม โดยต้องสามารถ ชี้ให้เห็นประสิทธิผล เช่น ลดอัตราค่าไฟฟ้า หรือ ลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นต้น หรือผลความสำเร็จของ การประหยัดพลังงานได้อย่างชัดเจน ตรวจสอบได้
ENVIRONMENTAL (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไป มีการดูแล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและ ภายนอก เช่น การดำเนินงานกิจกรรม 5 ส. การจัดการน้ำเสีย การปรับปรุงภูมิ ทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็น ต้น	2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการทำงาน โดยการ พัฒนาสถานที่ทำงาน น่ายู่ น่ายางาน (Healthy Work Place)	3. มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถ ส่งเสริมการมีสุขภาพดีให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย การจัดให้มี อุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือ พื้นที่สำหรับการ พักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น
NUTRITION (การจัดการ สุขภาพอาหารและ น้ำ)	1. มีการจัดการด้านสุขภาพอาหารและ น้ำ 1.1 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพ อาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับพื้นฐาน</u>	2. มีการรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การใช้ผัก พื้นบ้านอาหารพื้นเมือง 2.1 การจัดการโภชนาการสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาล 2.2 การรณรงค์เลิกใช้โฟมในโรงพยาบาล 2.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย <u>ในระดับดี</u>	3 โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ชุมชนใน เรื่องอาหารปลอดภัย 3.1 ส่งเสริมการปลูกผักปลอดภัยใน โรงพยาบาล 3.2 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายผักปลอดภัยจาก ในชุมชน เช่น ชมรมผักปลอดภัย ตลาดนัดสี เขียว เป็นต้น

	<p>1.2 ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>1.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง</p> <p>1.4 มีระบบการรายงานผลตามสายบังคับบัญชา และการจัดทำเอกสารผลการตรวจเป็นปัจจุบัน</p>	<p>2.4 ร้อยละ 90 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>2.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD และน้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และมีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</p>	<p>3.3 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับดีมาก</p> <p>3.4 ร้านอาหารทั้งหมดในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>3.5 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ 11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของ OPD, IPD, น้ำปรุงประกอบอาหารในสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และร้านอาหารในโรงพยาบาล ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง และผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ (20 พารามิเตอร์) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย</p>
Carbon Footprint ของโรงพยาบาล	-	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 1 ปีงบประมาณ</p> <p>http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/ การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้น 2 ปีงบประมาณ</p> <p>http://carbonfootprint.anamai.moph.go.th/ การคำนวณ Carbon Footprint ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณเท่าไร จากแผนก/ส่วนไหน และจากกิจกรรมอะไร คำตอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนาระบบการ CLEAN
C: Communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีทีมงานสื่อสารองค์กรเพื่อการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 2. มีกระบวนการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล ให้กับบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 4. มีการสื่อสารสาธารณะด้วยการสร้างกระแสและผลักดันกิจกรรม GREEN ไปยังหน่วยงานอื่นให้มีความรู้ความเข้าใจ 5. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อประชาชน และชุมชนในการพัฒนากิจกรรม GREEN เพื่อให้เกิดความตระหนักและส่งต่อข้อมูลในชุมชน
L: Leader	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนา รพ. ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 2. ผู้บริหารมีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาล ให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN และมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3. มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงาน และกรอบเวลาการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN ระยะยาว (3 – 5 ปี) 4. หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนากิจกรรม GREEN
E: Effectiveness	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN 2. บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา 3. มีรายงานข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN 4. มีกระบวนการประเมินติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีรายงานผลความก้าวหน้าระยะสั้น (Small success) 5. มีกระบวนการส่งเสริมเพื่อพัฒนารพ.เป็นต้นแบบ โดยเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับประชาชนและหน่วยงานภาคีในการดำเนินกิจกรรม GREEN
A: Activities	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสร้างทีมขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน 2. มีการดำเนินกิจกรรม G-R-E-E-N ที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดกิจกรรม/กลวิธีหรือกระบวนการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรเพื่อทบทวน จัดการปัญหาอุปสรรค 4. สร้างกระบวนการเสริมสร้างคุณค่าให้กำลังใจ ต่อบุคลากรในการพัฒนา และสร้างความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN 5. มีกระบวนการสร้างนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลที่เสริมสร้างประโยชน์ต่อการทำงาน และลด ปัญหาโลกร้อน

กลยุทธ์ CLEAN	การพัฒนาระบบการ CLEAN
N: Networking	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีเครือข่ายที่มีความหลากหลายของคนในองค์กร เพื่อติดตามความ ก้าวหน้า ตรวจสอบ และประเมินตัวเองต่อการดำเนินกิจกรรม GREEN 2. มีแผนงานเกี่ยวกับการขยายผลความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม GREEN ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ 3. มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน เอกชน และราชการส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากิจกรรม GREEN ในทุกภาคส่วนและเกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในการ 4. มีกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN ร่วมกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม 5. มีกระบวนการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม GREEN ในชุมชน ที่เกิดจากการส่งเสริม และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนางานจากโรงพยาบาล

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพ
และยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดแผน 20 ปี : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดีมาก
1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
<p>1.1 มีฐานข้อมูลทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 5 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 2 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 7 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 3 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา</p>	<p>1.1 มีฐานข้อมูล ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานและประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 9 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายสำคัญและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือ และทันสมัยของข้อมูล</p> <p>1.2 มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทของพื้นที่ <u>อย่างน้อย 5 ประเด็น</u> เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในพื้นที่</p>
<p><i>หมายเหตุ ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง พื้นที่เสี่ยงใน 3 กลุ่มหลักที่กำหนด (จำนวน 46 จังหวัด) และพื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ในตับ (จำนวน 27 จังหวัด) รวมทั้งสิ้น 53 จังหวัด</i></p>		
<p>2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไก คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)</p>		
<p>2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน</p> <p>2.2 มีแผนการจัดประชุม</p>	<p>2.1 มีการจัดประชุม <u>อย่างน้อย 2 ครั้ง</u></p>	<p>2.1 มีการจัดประชุม <u>3 ครั้งขึ้นไป</u></p>

<p>2.3 มีการจัดประชุม</p> <p>2.4 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสจ. อย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>2.5 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุม อย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>2.6 มีรายงานการประชุมและสรุป รายงานการประชุมตาม แบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>	<p>2.2 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสจ. อย่างน้อย 3 เรื่อง</p> <p>2.3 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุม อย่างน้อย 3 เรื่อง</p> <p>2.4 กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น</p> <p>2.5 มีรายงานการประชุมและสรุป รายงานการประชุมตาม แบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>	<p>2.2 ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก อสจ. อย่างน้อย 5 เรื่อง</p> <p>2.3 มีมติและติดตามมติจากที่ประชุม อย่างน้อย 5 เรื่อง</p> <p>2.4 กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนในรูปแบบต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงาน เป็นต้น</p> <p>2.5 มีรายงานการประชุมและสรุป รายงานการประชุมตาม แบบฟอร์มศูนย์บริหารกฎหมาย</p>
<p>3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลรพช./รพท./รพช</p> <p>สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย</p>		
<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย ร้อยละ 100</p>	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 10 	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 100 - รพ.สต. ร้อยละ 30
<p>4.มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)</p>		
<p>4.1 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายให้หน่วยงาน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.2 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>4.4 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายให้หน่วยงาน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.5 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p>	<p>4.7 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ศักยภาพ และมีการถ่ายทอด สื่อสารนโยบายให้หน่วยงาน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4.8 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ</p>

4.3 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	4.6 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)	4.9 ร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ระดับพื้นฐาน (ตามที่กรมอนามัยกำหนด)
หมายเหตุ : อปท. หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และเมืองพัทยา		
5.มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน		
5.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว	5.3 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว	5.5 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว
5.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)	5.4 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)	5.6 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 (เป้าหมายตาม 1,000 ตำบล LTC ของแต่ละจังหวัด)
6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน		
มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค กำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค กำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป	มีการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค กำหนด โดยได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป
หมายเหตุ : หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ./รพท., รพช., รพ.สต.		

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

เอกสารแนบท้าย

1.ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

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

2.แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (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 และคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น (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 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	<u>มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและดำเนินงาน ตามหน้าที่ในส่วนที่ รับผิดชอบ</u>	<u>มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย</u>	<u>cross functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย บางส่วน	<u>fully integrate</u> เป็น โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีมกับ</u> เครือข่ายสุขภาพ ใน ทุกประเด็นสุขภาพ สำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับรพ., ทีม รพ.สต.กับทีมรพ.สต. , <u>ทีมระหว่าง หน่วยงาน</u> (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), <u>ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน</u> และ/ หรือ <u>ทีมข้ามสายงาน</u> (ภาคีภาค ส่วนต่างๆ)
Customer Focus	<u>มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการของประชาชน และผู้รับบริการเป็น แบบ reactive</u>	<u>มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลายอย่างน้อย ในกลุ่มที่มีปัญหาสูง</u>	<u>มีช่องทางการรับรู้และ เข้าใจความต้องการของ ประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และ นำมาแก้ไข ปรับปรุง ระบบงาน</u>	<u>มีการเรียนรู้และพัฒนา ช่องทางการรับรู้ ความ ต้องการของประชาชน แต่ละกลุ่ม ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น</u>	<u>ความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบงานต่างๆ จนทำ ให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วมกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ</u>	ความต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือ ประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนและ ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดย หมายรวมทั้งในส่วน of felt need (เช่น การรักษาฟันผุ)และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริมป้องกัน)

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 ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมมากขึ้น	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 หรือในแต่ ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของ บุคลากรให้สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น ระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความ ผูกพันของบุคลากรให้ สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ รับรู้ 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 หรือเริ่มวาง <u>แผนการใช้ทรัพยากร</u> <u>ร่วมกัน และ พัฒนา</u> <u>บุคลากรร่วมกัน เพื่อ</u> <u>สนับสนุนการพัฒนา</u> <u>ระบบสุขภาพชุมชน</u>	มีการ <u>ดำเนินการ</u> <u>ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง</u> <u>ระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร <u>ร่วมกัน</u> <u>อย่างเป็นระบบและ</u> <u>ครอบคลุม</u> ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	มีการ <u>ทบทวนและ</u> <u>ปรับปรุงการจัดการ</u> <u>ทรัพยากร และพัฒนา</u> <u>บุคลากร</u> ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย <u>ยึดเป้าหมายของ</u> <u>เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มี</u> <u>กำแพงกัน)</u> และมีการ ใช้ <u>ทรัพยากรจาก</u> <u>ชุมชน</u> ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input) ของการทำงาน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ <u>จัดระบบดูแล</u> <u>สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น</u> ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการ <u>จัดระบบดูแล</u> สุขภาพตามบริบท และตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u>	มีการ <u>จัดระบบดูแลสุขภาพ</u> ตามบริบท ตามความ ต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และ ชุมชนที่ <u>ครอบคลุม</u> <u>ประชากรส่วนใหญ่</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การ <u>จัดระบบดูแล</u> สุขภาพ และ <u>พัฒนา</u> <u>อย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการ <u>จัดระบบดูแล</u> <u>สุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < 130 ครั้งต่อแสนประชากร

ประเภทสาเหตุ	Reduce Premature Mortality				
ลักษณะ	Chronic Diseases				
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440, 441) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J441 เป็นโรคหลัก (PDx) ในเวชระเบียน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ไม่เกิน 130 ครั้ง		ไม่เกิน 130 ครั้ง	ไม่เกิน 130 ครั้ง	ไม่เกิน 130 ครั้ง	ไม่เกิน 130 ครั้ง
ต่อแสนประชากร		ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร	ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์		ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล			
แหล่งข้อมูล		โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441)			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) x 100,000			
ระยะเวลาประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก 3 เดือน			

การคิดจำนวนครั้งของการกำเริบให้คิดทุกครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ได้

ถ้านอนโรงพยาบาลร่วมด้วยหลังจากเข้าห้องฉุกเฉินให้นับแค่ครั้งเดียว

ถ้ามีการส่งต่อในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้นับที่โรงพยาบาลปลายทาง

ถ้ามีการส่งต่อข้ามจังหวัด ให้นับที่เขตจังหวัดที่ส่ง

นำจำนวนครั้งที่เกิดการกำเริบข้างต้น ทั้งปี มาเปรียบเทียบกับประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัด

นั้นๆ เช่นประชากรกลางปีมี 1 ล้านคน การกำเริบ ทั้งปี 1000 ครั้ง คำตอบคือ 100 ครั้งต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดที่ 2 : อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %

ประเภทสาเหตุ	Reduce Premature Mortality				
ลักษณะ	Chronic Diseases				
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน				
คำนิยาม	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา- มีการติดตามการรักษาเช่น MMRC, CAT score- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ				
เกณฑ์เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการรักษาโรคเรื้อรัง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ 4 ประเด็น				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก 3 เดือน				

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ F ต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ M ต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตาม 6 minute walk	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ A/S ต้องประกอบด้วย

	ข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก	ข้อมูลที่ต้องมีปีละครั้ง
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+
การติดตาม MMRC	+	+
การติดตาม CAT	+	+
การติดตาม 6 minute walk	+	+
การเฝ้าระวังเอกซเรย์ยืนยันไม่ใช่ภาวะโรคอื่น	+	+
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+
Pulmonary rehabilitation เมื่อมี MMRC \geq 2 หรือ มี exacerbation		+
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		+

โรงพยาบาลระดับ F / M / A / S ต้องมีข้อมูลครบตามตารางของ Hospital level ดังตารางข้างบน จะนับเป็น 1 case นับจำนวน case ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินตามตาราง หากด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมา จาก ข้อมูล ICD 10 : J 44 (จำนวนคน) แล้วคูณด้วย 100 เป็นคำตอบ เช่น โรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 400 คน ผ่านการประเมินตามมาตรฐานข้างต้น 100 คน อัตราการมีคลินิกครบวงจรและได้มาตรฐาน = $100/400 \times 100 = 25 \%$

แนะนำให้ส่งข้อมูลผ่าน <http://203.157.32.43/COPD> ระบบดำเนินการคำนวณให้

ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ < 10%

กลุ่มตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดรายโรค (Disease : D)
หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease
ประเภทตัวชี้วัด	COPD
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ (COPD patient with ongoing smoking)
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการรักษาโรคเรื้อรัง
ข้อมูลที่ต้องการ	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด
รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง 12 เดือน
	ตัวหาร = J 440 – J 449
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวอย่างเช่น $(A/B) \times 100$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
เกณฑ์ค่า Alert ให้ตรวจสอบข้อมูล	สูงกว่าร้อยละ 10

หาจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาจาก ข้อมูล ICD 10 : J 44 (ขอข้อมูลจำนวนคน แล้วคูณด้วย 100 เป็นคำตอบ) เช่นโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 400 คน ยังสูบบุหรี่จำนวน 20 คน อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ = $20/400 \times 100 = 5 \%$

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ตัวชี้วัด เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU 1 - RDU Hospital) จำนวน 18 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
1.	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90
2.	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3
3.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา 13 กลุ่ม ระดับ 3
4.	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ
5.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3
6.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20
7.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20
8.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40
9.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10
10.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockage (ACEIs/ ARBs/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0
11.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5
12.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	≥ ร้อยละ 80
13.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5
14.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10
15.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80
16.	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5
17.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน
18.	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20

2. ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU 2 - RUA PCU/CMU) จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
19.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 100
20.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยา ปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 100

3. ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR จำนวน 1 ตัวชี้วัด สำหรับรพ.ระดับ A, S และ M1

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
21.	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumonia</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Enterococcus</i> <i>faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumonia</i>)	ลดลงร้อยละ 50 เมื่อ เทียบกับ baseline

การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR)

การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญในการลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ซึ่งขณะนี้ปัญหาใหญ่ระดับโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดความสำคัญเป็นลำดับแรกในการพัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อให้การจัดการปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพในสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล ดังนี้

1. บูรณาการระบบงานและการดำเนินงานของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) องค์กรแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) ทุกสาขา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Committee : ICC) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยโรงพยาบาลจะต้องกำหนดนโยบาย และทิศทางในการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ และจัดให้มีทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ
2. มีแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ ได้แก่
 - 2.1 การเฝ้าระวังและวินิจฉัยเชื้อและเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ และระบบเตือน (Lab alert) อย่างทันสถานการณ์
 - 2.2 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล และระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
 - 2.3 การดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Stewardship)

2.4 การจัดทำข้อมูลและรายงานสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับเชื้อดื้อยา (AMR) ของโรงพยาบาล ได้แก่

- รายงานการดื้อยาของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพของโรงพยาบาลทางห้องปฏิบัติการประจำปี
- มี Antibioqram ของโรงพยาบาล โดยแยก site of infection และหอผู้ป่วย ICU & non ICU
- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล แยกการติดเชื้อไม่ดื้อยา และการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ
- อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพ
- มูลค่าและจำนวน (Defined Daily Dose: DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผลการประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (DUE/DUR)

รายการเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยาด้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนระดับประเทศ ได้แก่

1. *Acinetobacter baumannii*
 - Carbapenem
 - Colistin*
2. *Pseudomonas aeruginosa*
 - Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam)
 - Carbapenem
 - Colistin
3. *Klebsiella pneumoniae*
 - Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
 - Carbapenem
 - Colistin
4. *Staphylococcus aureus*
 - Methicillin (MRSA)
 - Vancomycin (VISA and VRSA)
5. *Escherichia coli*
 - Colistin
 - Carbapenem
 - Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
 - Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
6. *Salmonella* spp.
 - Colistin
 - Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
 - Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
7. *Enterococcus faecium*
 - Vancomycin (VRE)
8. *Streptococcus pneumonia*
 - Penicillin (Ampicillin)
 - Macrolide (Erythromycin)
 - Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.1 ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อส่งเสริมการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สั่งให้ผู้ป่วยนอก
ข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาที่สั่งทั้งหมดของผู้ป่วยนอก ในช่วงที่เก็บข้อมูล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.ระดับ A $\geq 75\%$, S $\geq 80\%$, M1-M2 $\geq 85\%$, F1-F3 $\geq 90\%$
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
หมายเหตุ	บัญชียาหลักแห่งชาติใช้ตามประกาศบัญชียาหลักในแต่ละช่วงเวลาที่มีการประกาศเปลี่ยนแปลงในการคำนวณ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.2 ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการจ่ายอย่างสมเหตุผล

เกณฑ์เป้าหมาย: ระดับ 3 พึงใจกับผลงาน				
ระดับ 1 ระยะเริ่มต้น	ระดับ 2 กำลังพัฒนา	ระดับ 3 พึงใจกับผลงาน	ระดับ 4 โดดเด่น	ระดับ 5 เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ
1. PTC มีมติให้ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา RDU 2. กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	1. มีการดำเนินการระดับ 1 ครบถ้วน 2. มีกิจกรรมรณรงค์สื่อสารทำความเข้าใจแผนการดำเนินงานกับบุคลากร 3. วางแผนและดำเนินการ จัดการฝึกอบรม สร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและมีการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดเพื่อวิเคราะห์ และรายงาน ใน PTC	1. มีการดำเนินการระดับ 1 และ 2 ครบถ้วน 2. มีมาตรการ/กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดต่าง ๆ 3. มีการดำเนินงานบรรลุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย ของตัวชี้วัดลำดับที่ 1, 3 – 5 4. ร้อยละ 40 ของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านเกณฑ์เป้าหมาย การจ่ายยาปฏิชีวนะ ทั้ง 2 กลุ่มโรค	1. มีการดำเนินการระดับ 1, 2 และ 3 ครบถ้วน 2. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการให้มีการจ่ายอย่างสมเหตุผล กับทีม Service Plan สาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล 3. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า 16 ตัวชี้วัด 4. ร้อยละ 60 ของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านเกณฑ์เป้าหมายการจ่ายยาปฏิชีวนะ ทั้ง 2 กลุ่มโรค 5. มีการวิจัยและพัฒนาด้านการจ่ายอย่างสมเหตุผล	1. มีการดำเนินการระดับ 1, 2, 3 และ 4 ครบถ้วน 2. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายทุกตัวชี้วัด 3. มีรูปแบบการดำเนินงานที่แสดงถึงวัฒนธรรมคุณภาพความปลอดภัยและการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.3 การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระดับการดำเนินงาน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละรายการยาใน 13 กลุ่ม* ที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วนแยกตามประเด็นดังนี้ ก. ชื่อยาภาษาไทยและคำเตือน ข. ฉลากยาเสริม	ระดับ 3	(ก.) 5 กลุ่ม	(ก.) 10 กลุ่ม	(ก.) 13 กลุ่ม	(ก.) 13 กลุ่ม และ (ข.) มี ฉลากยาเสริม ตามที่แนะนำ	(ก.) 13 กลุ่ม และยา รายการอื่น และ (ข.) มี ฉลากยาเสริม ตามที่แนะนำ
1. Paracetamol tablet, syrup 2. Paracetamol combination 3. Ibuprofen (NSAIDs) 4. Cetirizine (non-sedative antihistamines) 5. Amoxicillin (Antibiotics) capsule, syrup 6. Domperidone 7. Enalapril (ACE Inhibitors) 8. Amlodipine (Calcium Channel Blockers) 9. Metformin 10. Sulfonylurea 11. Simvastatin (Statins) 12. Colchicine 13. Allopurinol						

หมายเหตุ:

1. กรณีที่บัญชียาโรงพยาบาลมีกลุ่มยาไม่ครบทั้ง 13 กลุ่ม ให้ถือว่ากลุ่มยาที่ไม่มีนับเป็น 1 ด้วย
2. ระดับ 1 – 3 หมายถึง มีการพัฒนาฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนครบถ้วน
3. ระดับ 4 ขึ้นไป หมายถึง มีการพัฒนาฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย คำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ตัวอย่างของคำเตือนบนฉลากยาเกี่ยวกับข้อห้ามใช้หรือผลข้างเคียงสำคัญ

ชื่อยา	คำเตือน
พาราเซตามอลชนิดเม็ด	ห้ามใช้เกิน 8 เม็ดต่อวันเพราะอาจเป็นพิษต่อดับ
พาราเซตามอลชนิดน้ำ	อย่าใช้เกิน 5 ครั้งต่อวันเพราะอาจเป็นพิษต่อดับ
พาราเซตามอลสูตรผสม (อเฟนนาทรินทรามาดอลโคเดอีน)	ระวังการใช้ร่วมกับยาอื่นที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนประกอบ
ไอบูโพรเฟนเมื่อใช้แบบ prn	ไม่ควรใช้ขณะท้องว่างเพื่อลดการระคายเคืองทางเดินอาหาร
ไอบูโพรเฟนเมื่อใช้แบบต่อเนื่อง	พบแพทย์ทันทีหากมีอาการถ่ายดำหนามืดเป็นลม
เซททิรีซีน	เป็นยาชนิดง่วงน้อยแต่อาจง่วงได้ในผู้สูงอายุบางราย
อะม็อกซิซิลลิน	ใช้ติดต่อกันจนหมดเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาหรือโรคแทรกซ้อน
ดอมเพอริโดน	ไม่ควรใช้เกินกว่าขนาดที่ระบุเพราะอาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ
อีนาลาพริล	โปรดแจ้งแพทย์หากมีอาการไอต่อเนื่องหลังใช้ยา
แอมโลดิพีน	โปรดแจ้งแพทย์หากมีอาการบวมที่เท้าหลังใช้ยา
เมตฟอร์มิน	พบแพทย์ทันทีหากมีอาการคลื่นไส้ปวดท้องร่วมกับหอบเหนื่อย
ซัลโฟนิลยูเรีย (ไกลเบนคลาไมด์กลีฟิไซด์)	ระวังการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือดเช่นวิงเวียนหน้ามืดเหงื่อแตกใจสั่น
ซิมวาสแตติน	หยุดยาและพบแพทย์หากมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อโดยไม่มีสาเหตุ
โคลชิซิน	อย่าใช้เกินกว่าขนาดที่ระบุเพราะอาจทำให้ท้องเสียรุนแรง
-เมื่อใช้รักษาข้ออักเสบเฉียบพลัน	หยุดยาทันทีหากมีอาการท้องเสียอาเจียนหรือปวดท้อง

ชื่อยา	คำเตือน
-เมื่อใช้แบบต่อเนื่อง	
อัลโลพูรินอล	พบแพทย์ทันทีหากมีผื่นเป็นไข้ตาแดงมีแผลในปากหลังใช้ยา

ตัวอย่างของฉลากยาเสริม

ฉลากยาเสริมสำหรับ
พาราเซตามอลชนิดเม็ด

- 1 การใช้พาราเซตามอลกินขนาด อาจทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะตับวาย และการเสียชีวิตได้
- 2 ขนาดยาในผู้ใหญ่ ไม่เกิน 15 มก./กก./ครั้ง (และไม่เกิน 1,000 มก./ครั้ง) รวมทั้งไม่เกิน 4,000 มก./24 ชั่วโมง
- 3 โปรดระวังการได้รับพาราเซตามอลจากหลายแหล่งพร้อมกัน เช่น จากยาแผนบรรเทาหวัด และยากลายกล้ามเนื้อสูตรที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนผสม เป็นต้น
- 4 ไม่ควรใช้ยาไปด้วยตนเองติดต่อกันนานเกิน 10 วัน ในผู้ใหญ่

ฉลากยาเสริมสำหรับ
พาราเซตามอลชนิดน้ำ

- 1 การใช้พาราเซตามอลเกินขนาด อาจทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะตับวาย และการเสียชีวิตได้
- 2 ขนาดยาในเด็ก ไม่เกิน 15 มก./กก./ครั้ง (และไม่เกิน 1,000 มก./ครั้ง) รวมทั้งไม่เกิน 75 มก./กก./24 ชั่วโมง (ไม่เกิน 3,250 มก./24 ชั่วโมง)
- 3 โปรดระวังการได้รับพาราเซตามอลจากหลายแหล่งพร้อมกัน เช่น จากยาบรรเทาหวัด โอ
- 4 ไม่ควรใช้ยานี้ด้วยตนเองติดต่อกันนานเกิน 5 วันในเด็ก

ฉลากยาเสริมสำหรับ
พาราเซตามอล + ออเฟ่นนาดีน

- 1 ระวังการได้รับพาราเซตามอลจากแหล่งอื่น เพราะจะได้รับพาราเซตามอลอย่างซ้ำซ้อน จนได้ปริมาณเกินขนาด
- 2 การใช้พาราเซตามอลเกินขนาด อาจทำให้ สลัดดีถูกทำลาย มีอาการขาดเลือด ตับเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะไตวายและการเสียชีวิตได้
- 3 ยานี้อาจทำให้ท้องโต จึงต้องระมัดระวังใน การขับถ่ายยาพิษหรือการปฏิบัติงานที่อาจ เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
- 4 หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือ สูญเสียยา เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการ สลัดดี กลืน ปวดแสบ ปัสสาวะลำบาก สับสน และความจำเลือนลาง

ฉลากยาเสริมสำหรับ
ไอบูโพรเฟนชนิดเม็ด

- 1 ยานี่เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด ห้ามใช้ยานี้ถ้าเคยแพ้เอ็นเสดชนิดอื่น เช่น แอสไพริน
- 2 ควรใช้เอ็นเสดด้วยขนาดยาต่ำที่สุด และด้วยระยะเวลาที่สั้นที่สุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอันตรายจากยา เช่น แผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้ (ปวดท้อง แสบท้อง) เลือดออกจากทางเดินอาหาร (ถ่ายดำ เป็นลม) ไตวาย หลอดเลือดหัวใจหรือสมองอุดตัน (กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเป็นอัมพาต) ผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ผลข้างเคียงข้างต้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากนั้นยังอาจทำให้มีอาการบวมและปวดต้นเลือดสั้น

ฉลากยาเสริมสำหรับ
โอบูโพรเฟนชนิดน้ำ

- 1 ควรใช้พาราเซตามอลเป็นยาชานานแรกในการลดไข้ แก้ปวด
- 2 ยานี้เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด ห้ามใช้ยานี้ถ้าเคยแพ้เอ็นเสดชนิดอื่น
- 3 ใช้ยาให้ถูกต้องตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์
- 4 หลังใช้ยา 3 วัน ถ้ายังไม่ใช้หรือยังไม่หายปวด ให้ไปพบแพทย์
- 5 กรณีสงสัยเป็นไข้เลือดออก ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา เพราะอาจทำให้มีเลือดออกอย่างรุนแรงได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ
ลอร่าทาดีน/เซททิริซีน

- 1 ยานี้เป็นยานกัณฑ์ชนิดวงน้อย ใช้เฉพาะเมื่ออาการของโรคมึสหาเหตุจากการแพ้ หรือโรคมึสแพ้เท่านั้น เช่น ใช้ไมกรณีน้ามูกไหลเรื้อรังจากโรคมึสแพ้ เป็นผื่นคันจากการแพ้ หรือเป็นผื่นลมพิษ เป็นต้น
- 2 ยานี้ไม่ช่วยลดน้ำมูกในผู้ที่มึสน้ำมูกไหลจากโรคหวัด ไซนัสอักเสบ เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคติดเชื้อ ไม่ได้มีสาเหตุจากการแพ้ การใช้ยานกัณฑ์ชนิดวง เช่น คลอเฟนิรามีน อาจบรรเทาอาการได้บ้างในผู้ป่วยบางราย
- 3 ไม่ควรเรียกยานี้ว่า “ยาลดน้ำมูก” เนื่องจากทำให้เข้าใจผิดว่าลดน้ำมูกได้จากทุกสาเหตุ

ฉลากยาเสริมสำหรับ
ออกซิซิลลินในโรคไขข้ออักเสบ

- 1 ยานี่เป็นยาปฏิชีวนะ ไม่ใช่คุณสมบัติในการแก้ไอ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
- 2 โรคไซนัสอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพราะหายได้เองด้วยภูมิคุ้มกันทานโรค
- 3 ผู้เป็นไซนัสอักเสบที่ควรใช้ยาปฏิชีวนะคือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง หรือมีอาการขึ้นในทรวง 5-6 วันแรก แต่กลับเป็นใหม่ หรืออาการไม่ดีขึ้นภายใน 10 วัน
- 4 เนื่องจากปัญหาเชื้อดื้อยา บางครั้งต้องใช้ยาในขนาดสูงเป็นสองเท่าของขนาดยาปกติ
- 5 อาจทำให้เกิดการแพ้รุนแรงถึงชีวิตได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ
อะม็อกซิซิลลินในโรคคออักเสบ

- 1 ยานี้เป็นยาปฏิชีวนะ ไม่มีคุณสมบัติในการแก้ไอเสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
- 2 ไม่ควรเสียบยานี้ว่า "ยาแก้ไอเสบ"
- 3 การใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บคอจากแบคทีเรีย ต้องใช้ยานี้นาน 10 วัน เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว
- 4 โดหวัด ไซนัสอักเสบ มากกว่า 8 ใน 10 ครั้ง ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา
- 5 การใช้ยาอย่างพร่ำเพรื่อทำให้แบคทีเรียดื้อยา ทั้งต่อตัวคุณและยาปฏิชีวนะอื่น ซึ่งอาจทำให้ไม่มียาใช้เมื่อติดเชื้อที่ร้ายแรง
- 6 อาจทำให้เกิดการแพ้ที่รุนแรงขึ้นได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ
อะม็อกซิซิลลินชนิดน้ำ

- 1 ยับยั้งเป็นยาปฏิชีวนะ ไม่มีคุณสมบัติในการแก้แสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
- 2 การใช้ใช้ โอ น้ำูกไหล เจ็บคอ ในเด็กส่วนใหญ่ ประมาณ 8 ใน 10 ครั้ง เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซึ่งยาต้านไวรัสไม่ได้ แต่หายได้เองด้วยภูมิคุ้มกันทางโรค อาการเหล่านี้อาจเป็นอยู่นาน 1-2 สัปดาห์
- 3 การใช้ยาชนิดนี้โดยไม่จำเป็นเพิ่มความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องร่วง หรืออาจแพ้รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้
- 4 การใช้ยานี้อย่างพร่ำเพรื่ออาจนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา ทำให้รักษาได้ยากจนอาจไม่มียาใช้ไม่พอสัปดาห์

<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ คอมเพอร์โตนชนิดเม็ด</p> <p>1 ยานี้อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากใช้เกินขนาด ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ใช้กับผู้ที่มีการทำงานของตับลดลงในระดับปานกลางถึงมาก ผู้มีจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ หรือใช้ร่วมกับยาที่ส่งผลเสียต่อจังหวะการเต้นของหัวใจหรือเป็นยาที่ทำให้ระดับคอมเพอร์โตนสูงขึ้น ในเลือดซึ่งมีอยู่หลายชนิด</p> <p>2 ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 1 เม็ด/ครั้ง</p> <p>3 ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 3 เม็ด/วัน</p> <p>4 ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน</p> <p>5 ระวังมีผลข้างเคียงกับผู้ป่วยอายุ >60 ปี และผู้มีการทำงานของไตลดลง</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ คอมเพอร์โตนชนิดน้ำ</p> <p>1 ยานี้อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากใช้เกินขนาด ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ใช้กับผู้ที่มีการทำงานของตับลดลงในระดับปานกลางถึงมาก ผู้มีจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ หรือใช้ร่วมกับยาที่ส่งผลเสียต่อจังหวะการเต้นของหัวใจหรือเป็นยาที่ทำให้ระดับคอมเพอร์โตนสูงขึ้น ในเลือดซึ่งมีอยู่หลายชนิด</p> <p>2 ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 0.25 มก./กก./ครั้ง</p> <p>3 ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 0.75 มก./กก./วัน</p> <p>4 ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน</p> <p>5 ระวังมีผลข้างเคียงกับผู้ป่วยอายุ >60 ปี และผู้มีการทำงานของไตลดลง</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ อินาลาพริล</p> <p>1 แพทย์อาจใช้ยานี้ด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากภาวะความดันเลือดสูง หากสงสัยให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร</p> <p>2 ยานี้ อาจทำให้เกิดการไอเรื้อรัง ลักษณะไอแบบแห้ง ๆ หรือระแอม รู้สึกคันในลำคอ อาการนี้เป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งรักษาไม่ได้ด้วยยาแก้ไอหรือยาอื่นใดรวมทั้งยาปฏิชีวนะ เมื่อหยุดยาอาการไอจะหายไปในเวลาไม่กี่วัน ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเองเพราะจะทำให้ความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น แต่ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีการไอ ซึ่งแพทย์จะทำการวินิจฉัย และเปลี่ยนเป็นยาอื่นให้แทน</p> <p>3 ห้ามใช้กับหญิงมีครรภ์ช่วงไตรมาส 2, 3</p>
<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ แอมโลดิพีน</p> <p>1 แพทย์อาจใช้ยานี้ด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากภาวะความดันเลือดสูง หากสงสัยให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร</p> <p>2 ยานี้ อาจทำให้เกิดการบวมที่เท้า ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ที่ส่วนปลายของร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นการบวมในระดับน้อยถึงปานกลาง และมักไม่จำเป็นต้องหยุดยาเนื่องจากไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่เมื่อมีอาการบวมควรแจ้งให้แพทย์ทราบ อาการบวมนี้ไม่ได้หมายถึงการเป็นโรคไต</p> <p>3 ควรดูแลสุขภาพช่องปากให้ดี เพื่อป้องกันภาวะเหงือกอักเสบ</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ เมตฟอร์มิน</p> <p>1 เบาหวานชนิดที่ 2 ทุกวัยควรได้รับยานี้เป็นยาชนิดแรก (ยกเว้นมีข้อห้ามใช้)</p> <p>2 การใช้ยานี้ต้องทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มิฉะนั้นจะรักษาไม่ได้ผล</p> <p>3 โดยทั่วไปยานี้ไม่ทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (หิว มึนงง ใจสั่น)</p> <p>4 ห้ามใช้กับผู้มีไตวายเรื้อรังขั้นรุนแรง (ระยะที่ 4 และ 5) เนื่องจากยาจะสะสมและนำไปสู่ภาวะกรดเกินในเลือดซึ่งเป็นผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้</p> <p>5 ปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดใช้ยานี้ชั่วคราวกรณีต้องเอกซเรย์ด้วยการฉีดสี (สารทึบรังสี)</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ ไกลเบนคลาไมด์/กลีพิโซลิด</p> <p>1 ยานี้เป็นยาด้านเบาหวาน ใช้ลดน้ำตาลในเลือด ถ้าใช้ไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งหากแก้ไขไม่ทันอาจมีความพิการทางสมองหรือเสียชีวิตได้</p> <p>2 ควรใช้ยานี้ตามเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง</p> <p>3 การใช้ยานี้ต้องทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มิฉะนั้นจะรักษาไม่ได้ผล</p> <p>4 ตัวอย่างอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ได้แก่ รู้สึกหิว หนาวสั่น คลื่นไส้ เหงื่อแตก บวกศีรษะ ปากขม มึนงง ใจสั่น เป็นต้น หากมีอาการรุนแรงควรดื่มน้ำหวานและรีบไปโรงพยาบาล</p>
<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ ซิมวาสแตติน/อะทอวาสแตติน</p> <p>1 ยานี้ใช้ลดไขมันในเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอล แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ช่วยเพิ่มไขมันดีคือเอชดีแอลได้บ้าง</p> <p>2 ใช้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในคนที่มีความเสี่ยงสูง หรือใช้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองแล้ว</p> <p>3 การควบคุมไขมันในเลือดให้ได้ผลต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักร่วมด้วย และควรหยุดสูบบุหรี่</p> <p>4 ภาวะกล้ามเนื้อสลายเป็นอันตราย ไม่มีสาเหตุ หากมีอาการรุนแรงต้องหยุดยาทันที</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ โคลชิซิน</p> <p>1 ยานี้เป็นพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หากใช้เกินขนาด อาจเพิ่มขนาดยาเอง</p> <p>2 หยุดยาทันทีถ้ามีอาการท้องเสียตั้งแต่ 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง ถ้าอาการรุนแรงต้องรีบไปพบแพทย์ทันที เช่น ถ่ายอย่างมาก ถ่ายเป็นเลือด และมีอาการปวดบ่ง</p> <p>3 หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันทีถ้ามีอาการแสบร้อนในปากและลำคอ กลืนลำบาก สับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก ใช้ขึ้นสูงหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง</p> <p>4 อย่าใช้ร่วมกับยาอื่นโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร</p>	<p>ฉลากยาเสริมสำหรับ อัลโลพูรินอล</p> <p>1 ห้ามใช้ยานี้โดยเด็ดขาด ถ้าเคยแพ้ยานี้</p> <p>2 สังเกตการมีผื่นตามผิวหนังหลังใช้ยานี้ เพราะอาจเกิดการแพ้ทางผิวหนังอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรกของการใช้ยา</p> <p>3 หยุดยาทันทีถ้ามีผื่นขึ้น เป็นไข้ ตาแดง หรือมีแผลในปากหลังใช้ยา</p> <p>4 ผู้มีกรดยูริกสูงในเลือดเพียงประการเดียวไม่ควรใช้ยานี้ แต่ควรใช้เมื่อมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มีอาการปวดข้อจากโรคเกาต์ มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ หรือมีปฏิกิริยาตามข้อที่เกิดจากโรคเกาต์ร่วมด้วย</p>

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.4 จำนวนรายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อให้มีรายการยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพตามหลักวิชาการ
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนรายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	มียาที่ควรตัดออก คงอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ
แหล่งข้อมูล	จากเอกสารบัญชียาโรงพยาบาลฉบับล่าสุด
หมายเหตุ	รายการยา 8 รายการ รายละเอียดตามคำแนะนำในคู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital Manual) หน้า 95 – 103

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.5 การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา

ระดับ	รายละเอียด (เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ 3)	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
ระดับ 1	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประกาศเป็นนโยบายองค์กร - มีการสื่อสารภายในให้บุคลากรรับทราบเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2557 อย่างทั่วถึง 		
ระดับ 2	<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ เป็นลายลักษณ์อักษร - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ 4 อย่างน้อย 2 ข้อ 		
ระดับ 3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ 4 อย่างน้อย 5 ข้อ - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการเป็นบางข้อ 		
ระดับ 4	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการครบถ้วนทั้ง 8 ข้อ รวมทั้งมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ๑. แนวปฏิบัติในการแสดงการมีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมคัดเลือกกรายการยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ๒. แนวทางการพิจารณาคัดเลือกบริษัทในการจัดซื้อ กรณีตกลงราคา ๓. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกกรายการยาและติดตามประเมินความสมเหตุผลในการสั่งใช้ยา ๔. แนวปฏิบัติในการพิจารณานำตัวอย่างยามาจ่ายให้ผู้ป่วย ๕. แนวปฏิบัติในการรับสิ่งของ ของขวัญ และบริการจากบริษัท ๖. แนวปฏิบัติในการให้ผู้แทนยาเข้าพบ ๗. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกบุคลากรเพื่อรับทุนสนับสนุนไปประชุม สัมมนา ดูงาน หรือบรรยายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ๘. แนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท - รวมทั้งมีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการเป็นบางข้อ 		
ระดับ 5	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ 4 ครบถ้วนทั้ง 8 ข้อ - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการทุกข้อ 		

ระดับ	รายละเอียด (เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ 3)	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
	- มีการรียกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์จริยธรรม		
	สรุประดับที่ประเมินได้	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.6 ร้อยละการใช้จ่ายยารักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้จ่ายยารักษาอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้จ่ายยารักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มี ICD-10 ที่กำหนดข้างล่าง 2) ยารักษา หมายถึง ยาในกลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้จ่ายยารักษาที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับยารักษา
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง และตัวหาร	ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.7 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่น ๆ ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง และตัวหาร	ICD-10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.8 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยาในกลุ่ม ATC 01 ยาชนิดรับประทานและยาฉีด 3) เก็บข้อมูลการมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่ระบุข้างล่าง
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง และตัวหาร	ICD-10 S00-S01, S05, S07-S11, S16-S21, S28-S31, S38-S41, S46-S51, S56-S61, S66-S71, S76-S81, S86-S91, S96-S99, T00-T01, T04-T07, T09.0-T09.1, T11.0-T11.1, T13.0-T13.1, T14.0-T14.1, T14.6-T14.9, T20-T25, T29-T32, W50-W64, X00-X19, X20-X29, X30-X39
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.9 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1) หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้คลอดทารกครบกำหนดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ: ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในรายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 3 หรือ 4 โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด) 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยาในกลุ่ม ATC 01 ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด 3) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน (AN) ระบุโรคตาม ICD-10 ที่ระบุข้างล่าง
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD10 O80.0 และ Drug code ATC01
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 O80.0
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.10 ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ใน
การรักษาความดันเลือดสูง

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	ภาวะความดันเลือดสูง (Essential Hypertension)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงที่ใช้ RAS blockade (ACEIs/ ARBs/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาโรคความดันเลือดสูง
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงตามรหัส ICD-10 I10 Essential (primary) hypertension 2) การใช้ยา RAS blockade 2 ร่วมกันหมายถึง การสั่งยา RAS blockade ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปในการมาพบแพทย์ในวันที่มีมารับบริการ (visit)
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อประเมินความสมเหตุผลในการเลือกจ่ายากลุ่ม RAS blockade ในการรักษาความดันเลือดสูง
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวน visit ผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ได้รับการสั่งจ่ายากลุ่ม RAS blockade ได้แก่ ACEIs+ARBs หรือ ACEIs+Renin inhibitor หรือ ARBs+Renin inhibitor ≥ 2 ชนิด
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวน visit ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ได้รับยาลดความดันเลือดกลุ่ม RAS blockade อย่างน้อย 1 ชนิด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่ เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 I10 และรหัสยา ACEIs หมายถึง ATC Code C09A ACE INHIBITORS, PLAIN และ C09B ACE INHIBITORS, COMBINATIONS รหัสยา ARBs หมายถึง ATC Code C09C ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN และ C09D ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS รหัสยา Renin inhibitor หมายถึง ATC Code C09XA Renin-inhibitors 2 ตัวขึ้นไป
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่ เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 I10 และ รหัสยาลดความดันเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับร้อยละ 0

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.11 ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ 2
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR <60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	<p>1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 E11 (Type 2 diabetes mellitus)</p> <p>2) รหัสยา glibenclamide หมายถึง ATC Code A10BB01</p> <p>3) eGFR หมายถึงค่าการทำงานของไต คำนวณจากผลทางห้องปฏิบัติการ “serum creatinine”</p> <p>วิธีการเก็บข้อมูล: ให้เก็บข้อมูลแยกเป็น 2 ตัวชี้วัดย่อยเนื่องจากมีข้อควรระวังในการใช้ 2 ประเด็น</p> <p>1.ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ณ วันที่เริ่มใช้ยา glibenclamide</p> <p>2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุไม่เกิน 65 ปี ที่มี eGFR <60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ผลทางห้องปฏิบัติการ ณ วันที่เริ่มสั่งยาหรือภายใน 6 เดือนก่อนเริ่มยา</p> <p>วิธีดึงข้อมูล:</p> <p>1. ดึงค่า lab ย้อนหลังภายใน 6 เดือนที่เป็นค่าล่าสุด ระบุชื่อ lab “Serum creatinine”</p> <p>2. ถ้าอายุไม่เกิน 65 ปี และไม่มีผล lab 6 เดือนย้อนหลัง ให้ตัดข้อมูลออก</p>
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงทำให้ระดับน้ำตาลต่ำในกลุ่มเสี่ยง
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งการมารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (visit) ที่ได้รับ glibenclamide และมีอายุมากกว่า 65 ปีทั้งหมด ณ วันที่รับบริการ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและมีอายุมากกว่า 65 ปีทั้งหมด ณ วันที่รับบริการ
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ตัวตั้ง	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (visit) ที่ใช้ glibenclamide ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ณ วันที่ทำการสำรวจและมี eGFR <60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ล่าสุดภายใน 6 เดือนก่อนเริ่มยา
ตัวหาร	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมี eGFR <60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ล่าสุดภายใน 6 เดือนจากวันที่มารับบริการ
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้งและตัวหาร	ICD-10 E11
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมายตัวชี้วัดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.0

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยนอก ตามรหัส ICD-10 E11 2) ไม่มีข้อห้ามใช้ยา หมายถึง ผล lab eGFR > 30 ml/min/1.73 m² ล่าสุด ย้อนหลังไป 6 เดือน 3) รหัสยา metformin หมายถึง ATC Code A10BA02 Metformin และ A10BD02, 03, 05, 07, 08, 10, 11, 13-17 METFORMIN COMBINATIONS <p>วิธีการดึงข้อมูล:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ดึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ICD-10 รหัส E11 ที่ได้รับยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือได้รับยา metformin ร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดอื่น เป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง cross-sectional group by HN เนื่องจากฐานข้อมูลระบุวันที่ผู้ป่วยเริ่มรับยา metformin เป็นยาชนิดแรกได้ยากหรือไม่ได้ 2. ดึงข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผล lab ล่าสุดย้อนหลัง 6 เดือน eGFR > 30 ml/min/1.73 m²
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางการรักษา
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (HN) ที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และมีผล lab ล่าสุดย้อนหลัง 6 เดือน eGFR > 30 ml/min/1.73 m ²
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดและมีผล lab ล่าสุดย้อนหลัง 6 เดือน eGFR > 30 ml/min/1.73 m ²
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรคเกี่ยวข้อง: ตัวตั้งและตัวหาร	ICD-10 E11
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน

องค์ประกอบ	ความหมาย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน หมายถึง การได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิด ขึ้นไป ยกเว้นการใช้แอสไพริน ร่วมกับ NSAIDs /cox-2 inhibitors วิธีการดึงข้อมูล: 1. ดึงข้อมูล HN และวันที่รับบริการ 2. ดึงข้อมูลยา NSAIDs ในวันที่รับบริการ 3. Group by HN
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ที่ได้รับยา NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/ยาที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	Code ยาในกลุ่ม NSAIDs ยกเว้นการใช้แอสไพริน ร่วมกับ NSAIDs /cox-2 inhibitors
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 M15.0-15.9, M16.0-16.9, M17.0-M17.9, M18.0-18.9, M19.0-19.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.9 2) ยา NSAIDs ชนิดรับประทานและชนิดฉีด หมายถึง ATC code M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH (NSAIDs and coxibs) ยกเว้น Aspirin code N02BA01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป (HN) ได้รับยา NSAIDs
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิด (HN)
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.9 และ ATC code M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH (NSAIDs and coxibs)
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคหืด Asthma
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยนอกโรคหืด หมายถึง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และระบุโรคตาม ICD-10 J45.0-J45.9, J46 2) ยา Inhaled corticosteroid หมายถึง ยากลุ่ม corticosteroids ที่ใช้ลดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจในรูปแบบสูดพ่นที่เป็นยาเดี่ยวหรือยาผสมกับ long-acting beta2-agonist 3) วิธีเก็บข้อมูล: Group by HN
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการกำเริบ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid(HN)
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด (HN)
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 J45.0-J45.9, J46 และรหัสยา inhaled corticosteroids
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 J45.0-J45.9, J46
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ: ผู้สูงอายุ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยนอกอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี 2) ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine หมายถึง chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ชนิดรับประทานเท่านั้น 3) กรณีที่ได้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine 2 ชนิดขึ้นไป ให้นับเป็น 1 visit
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุ
ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งการมารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุ (visit) ที่ได้ยา chlordiazepoxide หรือ diazepam หรือ dipotassium chlorazepate
ตัวหาร	B = จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยสูงอายุในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/ยา ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	AGE ≥65 and chlordiazepoxide or diazepam or dipotassium chlorazepate
รหัสที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	AGE ≥65
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ยา Warfarin/Statins/ Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ : สตรีตั้งครรภ์
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin+หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว + ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1) สตรีตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่ระบุโรคตาม ICD-10 Z32.1, Z33, Z34.0-34.9, Z35.0-35.9</p> <p>2) ยาที่ห้ามใช้ หมายถึง ยาในรายการยาที่กำหนดห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือยากลุ่ม ergots ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve และได้รับยา warfarin</p> <p>วิธีการดึงข้อมูล:</p> <ol style="list-style-type: none"> เมื่อดึงข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ในช่วงเวลา 6 เดือนและได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงแล้ว ให้คัดคนไข้ที่มีประวัติคลอดใน 6 เดือน (อาจใช้ ICD-10 คลอด หรือการ review chart ก็ได้) ตัดผู้ป่วยกรณีที่ต้องใช้ warfarin เช่น ใส่ mechanical heart valve หรือใช้ได้ใน trimester ที่ 2 หรือ 3 อาจต้อง review chart
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับยาที่มีความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์
ข้อมูลที่ต้องการ	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ (HN) ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือยากลุ่ม ergots ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve และได้รับยา warfarin
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ICD-10 Z32.1, Z33, Z34.0-34.9, Z35.0-35.9 และ (Drug code warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือ ยากลุ่ม ergots) และ (ยกเว้น ICD-10 Z95.2)
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	จำนวน
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับ 0 คน

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.18 อัตราการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating* ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI)

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ : ผู้ป่วยเด็ก
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 0-12 ปี ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก 2) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ของโครงการ Antibiotic Smart Use, ASU 3) ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating หมายถึง cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine และ loratadine ทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาผสม
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล
ตัวตั้ง	A = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedation antihistamine
ตัวหาร	B = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน URI
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD10 ดังนี้ J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729 และ Drug code ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 ดังนี้ J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.19 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มี ICD-10 ที่กำหนดข้างล่าง 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ตัวตั้ง	A = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
ตัวหาร	B = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	100
วิธีการแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.20 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่น ๆ ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนดข้างล่าง</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยาในกลุ่ม ATC 01</p>
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ตัวตั้ง	A = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
ตัวหาร	B = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง:	ICD-10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	100
วิธีการแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี

Antimicrobial Resistance - AMR

ตัวชี้วัดย่อยที่ 36.21 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ

ตัวชี้วัด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>รายการเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยาด้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> <ul style="list-style-type: none"> • Carbapenem • Colistin* 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <ul style="list-style-type: none"> • Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) • Carbapenem • Colistin 3. <i>Klebsiella pneumoniae</i> <ul style="list-style-type: none"> • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) • Carbapenem • Colistin 4. <i>Staphylococcus aureus</i> <ul style="list-style-type: none"> • Methicillin (MRSA) • Vancomycin (VISA and VRSA) 5. <i>Escherichia coli</i> <ul style="list-style-type: none"> • Colistin • Carbapenem • Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. <i>Salmonella</i> spp. <ul style="list-style-type: none"> • Colistin • Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. <i>Enterococcus</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vancomycin (VRE) 8. <i>Streptococcus pneumoniae</i> <ul style="list-style-type: none"> • Penicillin (Ampicillin) • Macrolide (Erythromycin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก
ตัวตั้ง	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i></p>

	<p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>1. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน</p> <p>2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน</p>
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 50% เทียบกับ baseline

เพื่อการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน (Outcome)

ตัวชี้วัดที่ 1 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วย OPD visit

ตัวชี้วัดที่ 2 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อผลรวม Adj.Rw

ต้นทุนค่ายาต่อหน่วยบริการ (โดยวิธี Quick method)

ตัวชี้วัด 1	1. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกต่อ OPD visit
ตัวชี้วัด 2	2. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อผลรวม Adj.Rw
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินค่าเฉลี่ย + 1 SDเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน
วัตถุประสงค์	เพื่อคำนวณต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกอย่างง่ายสำหรับสถานพยาบาล
สูตรในการคำนวณ ตัวชี้วัด	1. <u>ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก</u> = A/B OP visit 2. <u>ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน</u> = C/D Sum Adj RW
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> จากฐานข้อมูลจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือ 43 แฟ้มเพื่อนำมาหาสัดส่วนมูลค่ายาผู้ป่วยนอกต่อมูลค่ายาทั้งหมดที่เรียกเก็บ แล้วนำไปกระจายค่าใช้จ่ายไป จากหมวด 5 บัญชีเกณฑ์คงค้าง หรือมูลค่ายาที่เบิกจากคลัง (ซึ่งเป็นยาที่จัดซื้อ ยาVMI ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่างๆ) หักมูลค่ายาที่จ่าย รพ.สต. และสนับสนุนรพ.ระดับรองออกแล้ว <p>จะได้ ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก (A)และต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน (C)</p>
ตัวตั้งสูตร 1	A = ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกที่คำนวณได้
ตัวหารสูตร 1	B = OPD visit หมายถึง จำนวนครั้ง (Visit) การใช้บริการผู้ป่วยนอกทุกสิทธิเฉพาะที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่รวม รพ.สต.
ตัวตั้งสูตร 2	C= ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในที่คำนวณได้
ตัวหารสูตร 2	D = คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่า (Adjusted Relative Weight) ของผู้ป่วยในทุกสิทธิ
วิธีการประเมินผล	รพ.ส่งข้อมูลให้ สปบส. เพื่อสะท้อนกลับค่าเฉลี่ยของประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน)

ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนค่ายาต่อ OPD visit และ Adj RW

A	ค่ายา OP (เรียกเก็บ)	ระบบบริการ หรือ 43 แพ้ม	417,346,118.00
B	ค่ายา IP (เรียกเก็บ)	ระบบบริการหรือ 43 แพ้ม	311,451,722.00
C	สัดส่วนค่ายา OP / ค่ายา ทั้งหมด	$C = A/A+B$	0.5727
D	ค่ายา ใช้ไป	หมวด 5 บัญชีเกณฑ์คงค้างหรือ มูลค่ายา ที่เบิกจากคลัง (ซึ่งเป็นยาที่จัดซื้อ ยาVMI ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการ ต่างๆ) หักมูลค่ายาที่จ่าย รพ.สต. และ สนับสนุนรพ.ระดับรองออกแล้ว	689,165,823.54
E	ต้นทุนค่ายา OP	$E = C \times D$	417,346,118.00
F	ต้นทุนค่ายา IP	$F = (1-C) \times D$	311,451,722.00

G	OP visit	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาใช้บริการที่รพ. ไม่รวม visit ที่รพ. สต.	683,854.00
H	Sum adjusted RW	จากข้อมูลระบบบริการ	133,912.00
I	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก/OP visit	$I = E / G$	577.10
J	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน/ adj RW	$J = F / H$	2,199.32

ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวน (DDD's) ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก 1000 ครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการ ต่อวัน

หน่วยวัด : ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก หน่วยเป็น จำนวน DDDs ต่อ 1000 ประชากรต่อวัน

คำอธิบาย:

- 1) DDD หมายถึง Defined Daily Dose หรือขนาดยาเฉลี่ยเพื่อใช้ในการรักษาในผู้ใหญ่ที่ WHO กำหนด (DDD ที่ WHO กำหนดมีหน่วยเป็นกรัม)
- 2) ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดหมายถึง chemical substance กำหนดด้วยรหัส ATC ระดับ 5 เช่น J01CA04 หมายถึง amoxicillin
- 3) ประชากรหมายความว่า จำนวนครั้งการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
- 4) ตัวชี้วัด DDDs/1000 ประชากร/วัน หมายถึง ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานทุกประเภทต่อประชากร 1000 คนต่อวัน = ผลรวมของ DDDs/1000 ประชากร/วันของยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยนอก
- 5) DDDs/1000 ประชากร/วัน ของการใช้ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด

ตัวตั้ง:

A = จำนวนหน่วยของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นแต่ละความแรง ที่สั่งใช้กับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 6 เดือนที่เก็บข้อมูล

B = ความแรงของยาชนิดนั้น (มิลลิกรัม)

ตัวหาร:

C = จำนวนครั้งการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

D = DDD (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)

E = จำนวนวันในรอบที่เก็บข้อมูล 6 เดือน

สูตรคำนวณ $(A \times B) \times 1000 / (C \times D \times E)$

- 6) โรงพยาบาลสามารถหาข้อมูลขนาดยาที่กำหนดเพื่อการรักษาต่อวัน (DDD) ได้ที่ http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ จากชื่อยาในแต่ละรายการของโรงพยาบาล

- 7) การตีความตัวชี้วัด เช่น 5 DDDs ต่อ 1000 ประชากรต่อวัน หมายความว่า ประชากร 5 คนจาก 1000 คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษาต่อวัน หรือ ประชากร 1 คนจาก 1000 คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษา 5 วัน

วิธีการรายงาน:ให้กรอกและส่งข้อมูลรายงานในแบบ Excel คำนวณ DDD

วิธีการประเมิน:จำนวน DDDs ยาปฏิชีวนะรวมทุกชนิดต่อ 1000 ประชากรต่อวันลดลง

ตัวชี้วัดที่ 4 จำนวน (DDDs) ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่สั่งใช้ต่อ 100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

หน่วยวัด : ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน หน่วยเป็น จำนวน DDDs ต่อ 100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

คำอธิบาย :

- 1) ตัวชี้วัด DDDs/100วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหมายถึง ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทุกประเภทต่อประชากร 100 คนต่อวัน = ผลรวมของ DDDs/100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลของยาปฏิชีวนะชนิดฉีดแต่ละชนิดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยใน
- 2) DDDs/100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลของการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดแต่ละชนิด

ตัวตั้ง:

A = จำนวนหน่วยของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นแต่ละความแรงที่สั่งใช้กับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล ในช่วง 6 เดือนที่เก็บข้อมูล

B = ความแรงของยาชนิดนั้น (มิลลิกรัม)

ตัวหาร:

C = จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

D = DDD (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)

สูตรคำนวณ $(A \times B) \times 100 / (C \times D)$

วิธีการรายงาน : ให้กรอกและส่งข้อมูลรายงานในแบบ Excel คำนวณ DDDs

วิธีการประเมิน : จำนวน DDDs ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดรวมทุกชนิดต่อ 100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ลดลง

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

สรุปคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนน เต็ม	น้ำหนัก	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์	18		
2	หมวด ก การเงินและบัญชี	10		
3	หมวด ข การจัดสรรบุคลากร			ประเมินกับหมวด 3
4	หมวด ค การบริหารจัดการโครงสร้าง	50		
5	หมวด ง การจัดบริการสนับสนุน			
6	หมวด ง-1 IC	20		
7	หมวด ง-2 LAB	100		
8	หมวด ง-3 เภสัชกรรม/ คบส.	50		
9	หมวด ง-4 IT	100		
10	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
11	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	6		
12	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	(10)		
13	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)	1		
14	4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD	2		มีครบ = 1 คะแนน มีไม่ครบ = 0 คะแนน
15	4.2.2 ER	1		
16	4.2.3 ANC	1		
17	4.2.4 WCC	1		
18	4.2.6 แผนไทย	1		
19	4.2.7 ทันตกรรม	1		
20	4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care	1		
21	4.3.2 SRRT	1		
22	หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	22		
23	หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)			
24	หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน			100	

รพ.สต.ติดตาม 4 ดี

ส่วนที่ 1 บริหารดี

ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 บริการดี

ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

- 1.1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล
- 1.2 การวางแผนกลยุทธ์

- การเงินและบัญชี
- การจัดสรรบุคลากร
- การบริหารจัดการโครงสร้าง
- การจัดบริการสนับสนุน

30 %

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- 2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมายฐานข้อมูลผู้รับบริการ
- 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย
- 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม
- 2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน

10 %

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

- 3.1 การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในงาน
- 3.2 การสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร
- 3.3 ระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร 3.4 ระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร
- 3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)

10 %

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

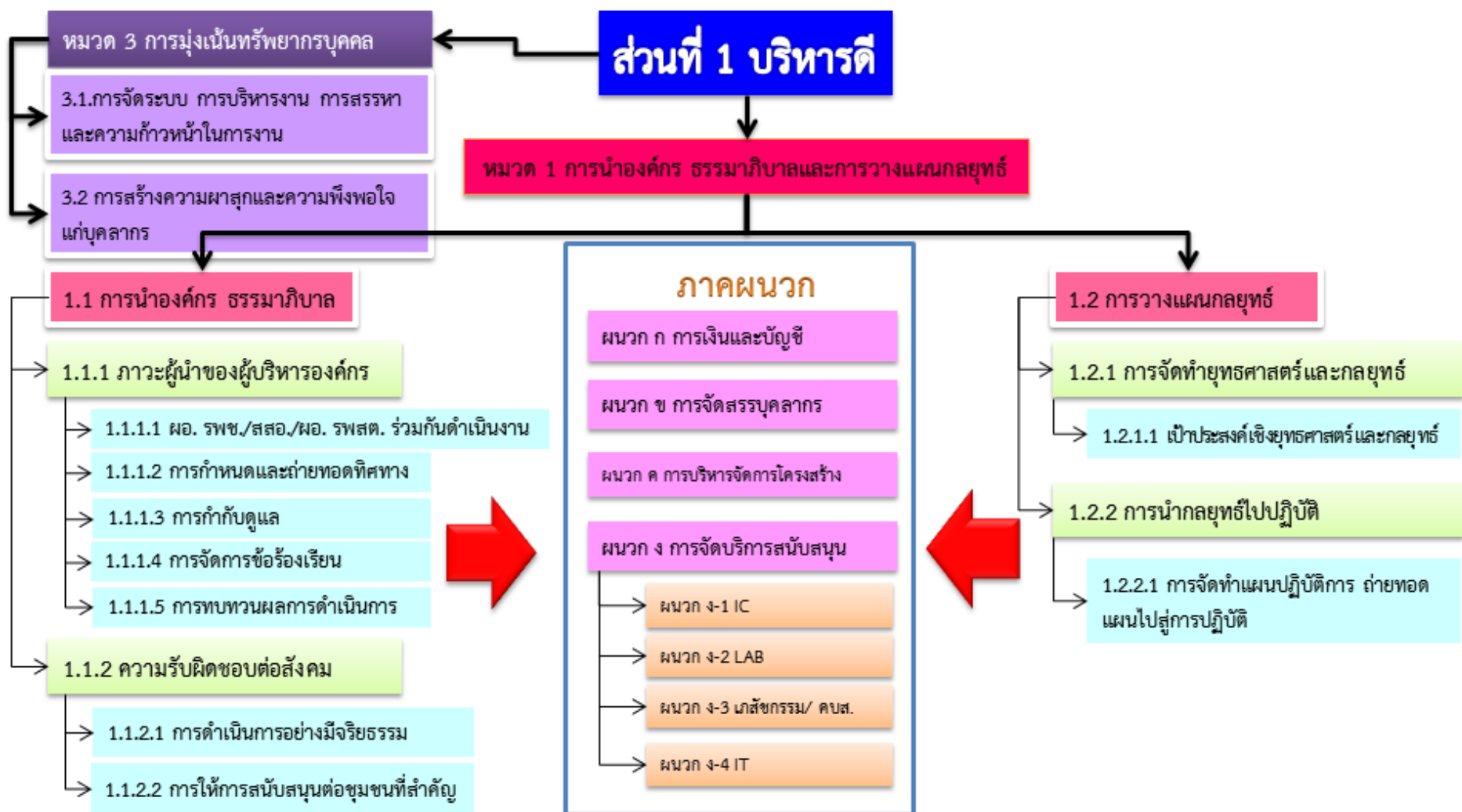
- 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน ODOP
- 4.2 การบริการในสถานบริการ
- 4.3 การบริการในชุมชน

30 %

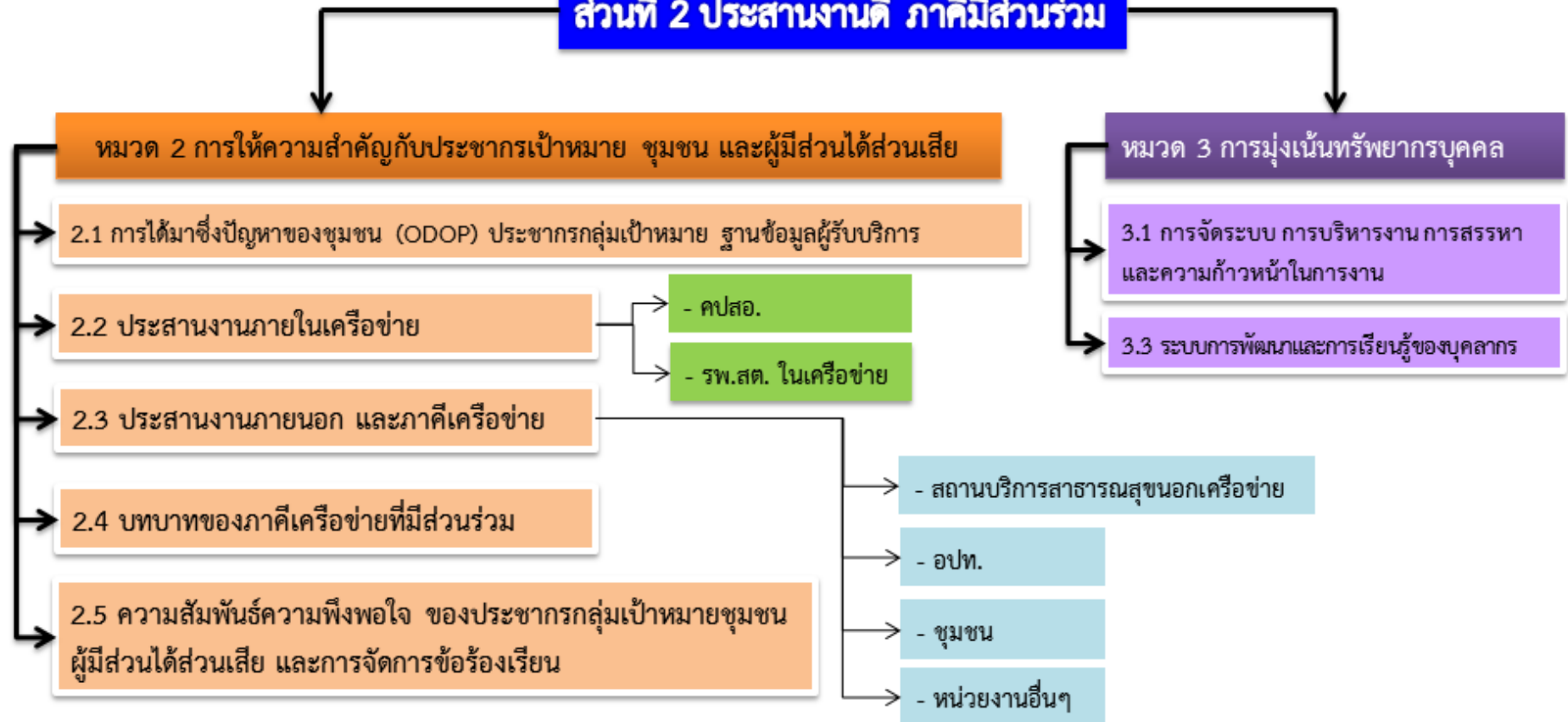
หมวด 5 ผลลัพธ์

- 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)
- 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)
- 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

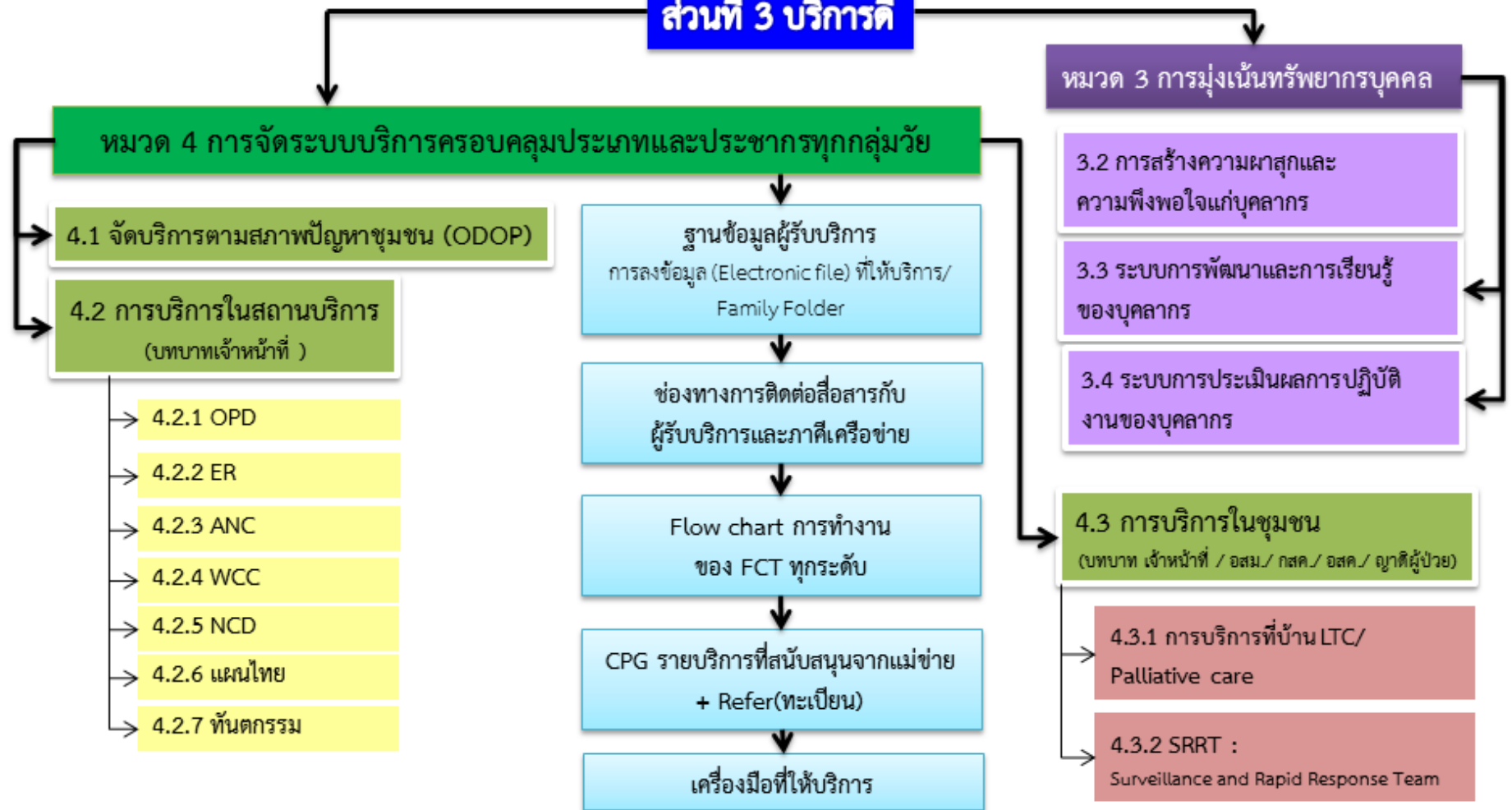
20 %



ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

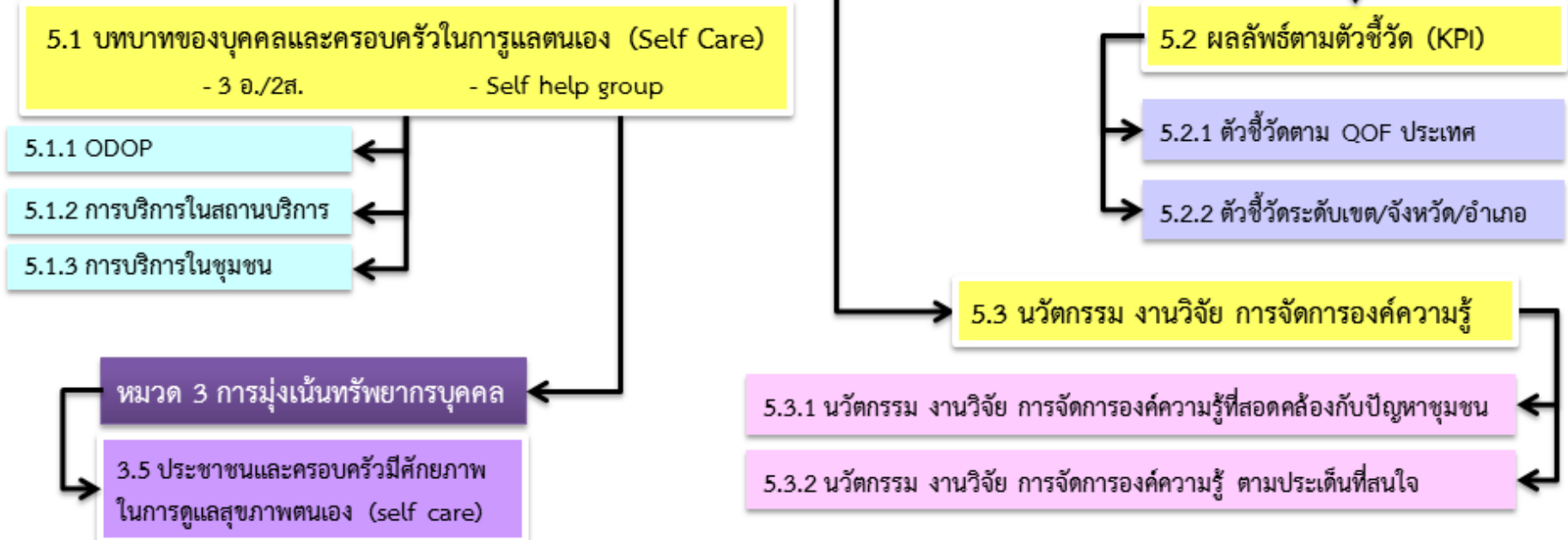


ส่วนที่ 3 บริการติ



ส่วนที่ 4 ประชาชนมีสุขภาพดี

หมวด 5 ผลลัพธ์



เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 72 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์

เป้าหมายที่กำหนด

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและ ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และ ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิต และพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 100
	4	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 80
	3	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 60
	2	มีการสร้างร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 40

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 20
3.การบริหารงบประมาณด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60
4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและ พัฒนากำลังคน	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.การประเมินผลกระทบระบบการ บริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	4	มีปัญหาระบบจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	3	มีปัญหาระบบจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	2	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพน้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	1	มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพน้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 81 ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของหน่วยงานสังกัดกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

- ☒ การกิจเชิงยุทธศาสตร์ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง (กตส.) ☐ ภาคกิจประจำ / พื้นฐาน
1. นโยบาย คสช. ข้อ..... 2. นโยบายรัฐมนตรี ข้อ.....
3. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ข้อ..... 4. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ข้อ..... 5. ยุทธศาสตร์บูรณาการ ประเด็น ข้อ.....
6. ประเด็นยุทธศาสตร์ กตส. ที่..... 7. กลยุทธ์ที่.....

กลุ่มภารกิจ กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้รับผิดชอบ นางสาวเครือพันธ์ บุกุลบุญ โทรศัพท์มือถือ 085-485-6980 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2341

ผู้รับผิดชอบ นางธัญชนก เสาวรัง โทรศัพท์มือถือ 085-485-6981 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2590-2339

ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่นๆ ละ 300 คน (รุ่นละ 2 วัน)	1. จัดทำโครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 3. สรุปผลการจัดอบรม	1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง การรู้ไหล ลื่นเปลือง หรือการ	ทุกส่วนราชการในสังกัดสธ. / สสจ. / สสอ. / รพสต. / รพ.ในสังกัดสำนักงานปลัด สธ. / รพศ. / รพท. /	ธ.ค. 59	ม.ค. - มี.ค. 60	เม.ย - มิ.ย. 60	ก.ค. - ก.ย. 60	20,588,000.-	2,058,800.-	6,176,400.-	6,176,400.-	6,176,400.-

ที่	โครงการเชิงกลยุทธ์ / โครงการประจำ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ / กิจกรรมประจำ (รายละเอียดกิจกรรม)	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย / จำนวน	ระยะเวลา (ระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ)				งบประมาณรวม (บาท)	งบประมาณ รายไตรมาส (บาท)			
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
2	นิเทศงานควบคุมภายใน หน่วยงานในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง	1. กำหนด KPI จัดทำ template และกระดาษ ทำ การตรวจนิเทศงานระบบ ควบคุมภายใน 2. นิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง	ทุจริตในหน่วยงานรวมทั้งมี ความตระหนักและเห็น ความสำคัญต่อระบบการ ควบคุมภายใน และสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	รพช. มีระบบการ ควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพ					1,520,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-	380,000.-
		3. สรุปผลการนิเทศ รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน	2. เพื่อให้การจัดทำ รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงานภายใน กระทรวงสาธารณสุข มีระบบ การควบคุมภายในที่ได้ มาตรฐานตามที่สำนักงานการ ตรวจเงินแผ่นดินกำหนด 3. หน่วยงานทุกระดับ มี ระบบการควบคุมภายในที่มี ประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกภารกิจของ องค์กรทั้งภารกิจหลักและ ภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลด ข้อผิดพลาด ความเสียหาย						22,108,000.-				

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ
ด้านการควบคุมภายใน

● มาตรการ / แนวทางการดำเนินงาน

มาตรการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
<p>1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน</p> <p>2. นิเทศงานควบคุมภายในหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>ทุกส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ</p>	<p>1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อระบบการควบคุมภายใน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง</p> <p>2. หน่วยงานทุกระดับ มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6</p> <p>3. หน่วยงานทุกระดับ มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งลดข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน</p>

● ตัวชี้วัด

KPI ระดับกระทรวง	แหล่งข้อมูล
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน	กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2560

1. หลักการและเหตุผล

ระบบการควบคุมภายในเป็นกลไกที่สำคัญและเป็นเครื่องมือในการบริหารงานของผู้บริหารทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างควมมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้หน่วยงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การควบคุมภายในต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอเพราะนอกจากจะช่วยทำให้หน่วยงานมีระบบการควบคุมภายในที่ดีแล้วยังเสริมให้เกิดการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีด้วย การจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดีเหมาะสมกับลักษณะขนาดของหน่วยงานในความรับผิดชอบยังเป็นกลไกช่วยในการทำงานให้มีความเสี่ยง อุปสรรค หรือข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุดเพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดนี้จะส่งผลให้งานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การใช้ทรัพยากร การบริหารจัดการกระบวนการทำงานการควบคุมภายในจึงเป็นการป้องกันการทุจริต ความสูญเปล่าให้มีการทำงานตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี และนโยบายของผู้บริหารให้มีประสิทธิภาพ ประหยัด โปร่งใส จะเห็นได้ว่าการควบคุมภายในไม่ใช่เป็นเพียงการควบคุมภายในเรื่องการเงินเพียงเรื่องเดียว แต่ยังควบคุมถึงระบบการทำงานทั้งหมดที่จะมีผลกระทบต่องานขององค์กรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 กำหนดให้ทุกส่วนราชการมีการดำเนินงานจัดวางระบบการควบคุมภายใน และมีการจัดทำรายงานประเมินการควบคุมภายในต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (คตป.) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงการควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพ (ตามระเบียบ ข้อ 6)

2. วัตถุประสงค์

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

3. กลุ่มเป้าหมาย

ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมจำนวนทั้งสิ้น 12,000 คน โดยแบ่งการอบรมออกเป็น 40 รุ่น รุ่นละ 300 คน

4. วิธีดำเนินการ

- 4.1 อภิปราย
- 4.2 ฝึกปฏิบัติ

5. ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ

ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 – กันยายน 2560 จำนวน 40 รุ่น รุ่นละ 2 วัน ณ สถานที่เอกชนเนื่องจากไม่สามารถหาสถานที่ของทางราชการที่เหมาะสมได้

6. งบประมาณ

6.1 งบประมาณสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมประกอบด้วย จำนวน 20,588,000.- บาท (ยี่สิบล้านห้าแสนแปดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) จำนวน 40 รุ่น

- ค่าตอบแทนวิทยากรภาครัฐ	เป็นเงิน	16,800.-	บาท
7 ชั่วโมง x 600 บาท x 2 วัน x 2 คน			
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	เป็นเงิน	60,000.-	บาท
(300 คน x 50 บาท x 4 มื้อ)			
- ค่าอาหารกลางวัน	เป็นเงิน	360,000.-	บาท
(300 คน x 600 บาท x 2 มื้อ)			
- ค่าพาหนะวิทยากร	เป็นเงิน	1,400.-	บาท
(จำนวน 2 คน x 700 บาท)			
- ค่าพาหนะในการเดินทางคณะผู้จัดอบรม	เป็นเงิน	8,500.-	บาท
(จำนวน 17 คน x 500 บาท)			
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	เป็นเงิน	3,000.-	บาท
- ค่ากระเป๋ใส่เอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร จำนวน 300 ใบ x 100 บาท	เป็นเงิน	30,000.-	บาท
- ค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เป็นเงิน	5,000.-	บาท
	รวมเป็นเงิน	514,700.-	บาท

การจัดอบรมทั้งหมด 40 รุ่น (40 รุ่น x 514,700.- บาท) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 20,588,000.- บาท

6.2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของผู้เขารับการอบรมเบิกจากต้นสังกัด

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายแต่ละรายการสามารถหักจ่ายกันได้

7. ผู้รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

8. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. จำนวนผู้ให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรม
2. ระยะเวลาในการสรุปผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร
3. ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ

9. การบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง : กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ตามกำหนดการ

กิจกรรมในการควบคุม : กำหนดแผนการจัดอบรมให้ชัดเจนพร้อมแจ้งกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้า

: ประสานหน่วยงานยืนยันจำนวนผู้เข้าอบรม

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดอบรมการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน
2. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6
3. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กรทั้งภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุน รวมทั้งมีข้อผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล สิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานลดลง

ลงชื่อ

ผู้เสนอโครงการ

(นางธัญชนก เสาวรัจ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ)

ลงชื่อ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางสาวเครือพันธุ์ บุกบุญญ)

(นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง)

ลงชื่อ

ผู้อนุมัติโครงการ

เอกสารประกอบ

ตัวชี้วัดที่ 96 ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้
รายชื่อกฎหมายสำคัญที่เน้นในการบังคับใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

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. ๒๕๓๕
4	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕
5	พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
6	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘
7	พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒
8	พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘
9	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
10	พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒
11	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
12	พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
13	พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
14	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
15	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
16	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘

กฎหมายที่ต้องดำเนินการแปลเป็นภาษาอังกฤษในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 39 ฉบับ (กลุ่ม 4)	
ลำดับที่	ชื่อกฎหมาย
17	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
18	พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. ๒๕๓๓
19	พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
20	พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕
21	พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘
22	พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๐๙
23	พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘
24	พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
25	พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
26	พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
27	พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙
28	พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕
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. 25๕5
38	พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543
39	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘

ภาคผนวก

ข

(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ

แบบรายงานตัวชี้วัด)

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน

การคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน

การคลอดมาตรฐาน

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอด

มาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของ รัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการ สุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มี การคลอดมาตรฐาน (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

1.2) ปิงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอด

มาตรฐาน

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (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	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยงานรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 11 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ

แบบประเมินชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง ชมรมที่มีการจัดตั้งเพื่อมีการจัดกิจกรรมทางกาย เช่น เดินแอโรบิค จักรยาน การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำพลอง การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาต่างๆ เป็นต้น โดย รพ.สต. หรือหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เป็นคนจัดตั้ง หรือ ชุมชนจัดตั้งกันเอง โดย รพ.สต. สนับสนุนชมรม เช่น การให้ความรู้ เป็นต้น

เกณฑ์ของชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง เกณฑ์ที่ประเมินชมรมกิจกรรมทางกายที่มีการดำเนินกิจกรรมทางกายเป็น อย่างดี ซึ่งต้องมี 6 องค์ประกอบ คือ

- มีโครงสร้างชมรมที่ชัดเจน (มีคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบ)
- มีแกนนำในการมีกิจกรรมทางกายที่ได้รับการฝึกอบรมการมีกิจกรรมทางกาย
- จัดกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง จัดกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (ยกเว้นชมรมจักรยาน ชมรมผู้สูงอายุ อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายสะสม อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาที/วัน ต่อสัปดาห์
- มีสถานที่การมีกิจกรรมทางกายที่แน่นอน ปลอดภัย
- มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากชุมชน
- มีสมาชิกชมรมฯ อย่างน้อย 20 คน

ตารางการติดตามการดำเนินการ

ชื่อ รพ.สต. _____ ชื่อ สสจ. _____

วันที่ประเมิน _____ ปีงบประมาณ _____

เกณฑ์	ผลการดำเนินการ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> หากมีการดำเนินการตามเกณฑ์)
- มีโครงสร้างชมรมที่ชัดเจน (มีคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบ)	<input type="checkbox"/> มีคำสั่งคณะแต่งตั้งชมรม ประกอบด้วย ประธาน เลขา และคณะกรรมการ (แนบคำสั่ง)
- มีแกนนำในการมีกิจกรรมทางกายที่ได้รับการฝึกอบรมการมีกิจกรรมทางกาย	<input type="checkbox"/> มีรายชื่อแกนนำกิจกรรม (แนบรายชื่อแกนนำ)
- จัดกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง จัดกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นชมรมจักรยาน ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายสะสม อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาที/วัน ต่อ สัปดาห์	<input type="checkbox"/> มีตารางการมีกิจกรรมประจำสัปดาห์ (อาจแนบรูปภาพ หรือ vdo กิจกรรม และส่งทาง Line: pmahc ได้เพิ่มเติม)

เกณฑ์	ผลการดำเนินการ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> หากมีการดำเนินการตามเกณฑ์)
- มีสถานที่ที่มีการมีกิจกรรมทางกายที่แน่นอน ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> มีรายชื่อสถานที่กิจกรรมทางกาย (แนบรายชื่อสถานที่ และอาจแนบรูปภาพสถานที่ และส่งทาง Line: pmahc ได้เพิ่มเติม)
- มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจาก หน่วยงานในพื้นที่หรือจากชุมชน	<input type="checkbox"/> มีแผนการใช้งบประมาณ (แนบแผนการใช้งบประมาณ)
- มีสมาชิกชมรมฯ อย่างน้อย 20 คน	<input type="checkbox"/> มีรายชื่อสมาชิกชมรม

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของ Healthy Ageing
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านผู้สูงอายุ

1. ชื่อตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (หรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)
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 ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

9. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

แบบรายงานกิจกรรมการสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข																	
ภายใต้ตัวชี้วัด : ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช																	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																	
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....																	
วันที่รายงาน.....																	
ลำดับ	ชื่อสถานที่ผลิต	สถานะสถานที่		ที่ตั้ง	ชนิดผักและผลไม้สดที่คัดและบรรจุ	บันทึกการตรวจ								การจัดทำฉลาก			หมายเหตุ
		เข้าข่ายโรงงาน	ไม่เข้าข่ายโรงงาน			ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (ตส.13(59)) (ร้อยละ)								ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต	เลขสถานที่ผลิต/นำเข้า	รหัสสัญลักษณ์หรือรูปแบบใดบ้างซึ่งระบุการผลิต	
						หมวดที่ 1	หมวดที่ 2	หมวดที่ 3	หมวดที่ 4	หมวดที่ 5	หมวดที่ 6	คะแนนรวม	ข้อบกพร่องรุนแรง				

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

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ขนาดบรรจุ	กระบวนการผลิต		สถานที่ผลิต (ก่อนการพัฒนา)										ผลิตภัณฑ์ (ก่อนการพัฒนา)	สถานที่ผลิต (หลังการพัฒนา)										การดำเนินการเมื่อพบว่า สถานที่ผลิตไม่เป็นไปตามกฎหมาย	ผลิตภัณฑ์ (หลังการพัฒนา)		การดำเนินการเมื่อพบว่า ผลิตภัณฑ์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
							ผลตรวจ GMP (%)											ผลการตรวจวิเคราะห์ (ค่าจากการวิเคราะห์)	ผลตรวจ GMP (%)										จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					ระบบการกรอง		ระบบการฆ่าเชื้อ		น้ำดื่ม 1	น้ำดื่ม 2	น้ำดื่ม 3	น้ำดื่ม 4	น้ำดื่ม 5	น้ำดื่ม 6	น้ำดื่ม 7	น้ำดื่ม 8	น้ำดื่ม 9		คะแนนรวม (%)	ข้อมูลตรวจพบ (ไม่ตรวจ)	E.coli (ไม่พบ)	S.aureus (ไม่พบ)	Salmonella (ไม่พบ)	น้ำดื่ม 1	น้ำดื่ม 2	น้ำดื่ม 3	น้ำดื่ม 4		น้ำดื่ม 5	น้ำดื่ม 6			น้ำดื่ม 7	น้ำดื่ม 8	น้ำดื่ม 9	คะแนนรวม (%)	ข้อมูลตรวจพบ (ไม่ตรวจ)	การดำเนินการเมื่อพบว่า สถานที่ผลิตไม่เป็นไปตามกฎหมาย	ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์	ผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
					Softener	RO	อื่นๆ (ไม่ตรวจ)	UV										ไอโอดีน																							อื่นๆ (ไม่ตรวจ)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

หมายเหตุ : 1. ข้อมูลสถานที่และผลิตภัณฑ์ก่อนการพัฒนาต่างไปที่ e-mail ของผู้ส่งงานคุ้มครองผู้บริโภคในแต่ละจังหวัด
2. ขอให้หน่วยงานผู้ส่งข้อมูลสถานที่และผลิตภัณฑ์ก่อนการพัฒนาและแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน กรณีที่จังหวัดใดยังไม่มีข้อมูลสถานที่และผลิตภัณฑ์ก่อนการพัฒนา ขอให้เพิ่มเติมรายละเอียดให้เป็นปัจจุบัน
3. หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ ____นางสาววรวิญญ์ ชูสุทธิ์ โทร. 0-2590-7214.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสอบสถานที่ผลิต (GMP)		การดำเนินการเมื่อพบว่าสถานที่ผลิตไม่เป็นไปตามกฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อพบว่าผลิตภัณฑ์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุหมวดและสาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อหัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต/ สถานที่จำหน่าย	เลขสารบบอาหาร (13 หลัก)	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอผลวิเคราะห์		

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อหัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน.....

เทอมที่	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เก็บ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับผลวิเคราะห์ (รายการ)	จำนวนผลิตภัณฑ์ที่อยู่ระหว่างการ รอผลวิเคราะห์ (รายการ)
2/2559			
1/2560			

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวโชติณภา เหล่าไพบูลย์ / 02-590-7206.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผลิตภัณฑ์	ชื่อสถานที่ผลิต	เลขสารบบอาหาร (13หลัก)	ผลการตรวจสถานที่ผลิต (GMP/PGMP แล้วแต่กรณี)		การดำเนินการ เมื่อพบว่า สถานที่ผลิตไม่ เป็นไปตาม กฎหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)		การดำเนินการเมื่อ พบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ เป็นไปตามกฎหมาย	หมายเหตุ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน		ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่รอ ผลวิเคราะห์		
					กรณีระบุมวลและ สาเหตุ/ปัญหา					

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อหัวหน้ากลุ่มกำกับดูแลห้องออกสุตตลาด / 02-590-7216.....

แบบรายงานตัวสัตว์ : ร้อยละของน้ำนํที่ใช้อยอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาไรเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
ตรวจเฝ้าระวัง ณ สถานที่ผลิตโดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด.....
ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail.....
วันที่รายงาน.....

ลำดับที่	ข้อมูลสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์					ข้อมูลน้ำนมวัตถุดิบ				พฤติกรรมการใช้น้ำนม				ข้อมูลน้ำนมที่ใช้แล้ว						จำนวนผลิตภัณฑ์ (รายการ)				การดำเนินการเมื่อพบว่าไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	หมายเหตุ
	ชื่อสถานที่ผลิต	ผู้ได้รับอนุญาต/ผู้ประกอบการ	ที่อยู่	ชนิดอาหารที่ใช้น้ำนมพอด	เลขสารบบอาหาร (ถ้ามี)	ชนิดของน้ำนม	เลขสารบบอาหาร	แหล่งที่มาของน้ำนม	ปริมาณการซื้อโดยเฉลี่ยต่อครั้ง (ลิตร/กิโลกรัม)	ระยะเวลาที่ใช้หลอดครั้ง	ลักษณะการเปลี่ยนถ่ายน้ำนม (1)	ความถี่ในการเปลี่ยน (ครั้ง/วัน)	เหตุผลที่เปลี่ยน (2)	การจัดน้ำนม (3)	แหล่ง/ผู้รับซื้อ	ที่อยู่	วัตถุประสงค์การรับซื้อ	ปริมาณโดยเฉลี่ยต่อการขาย 1 ครั้ง (ลิตร/กิโลกรัม)	วัตถุดิบน้ำนม						
																			น้ำนมขณะพอด						
																			ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่ทิ้งผลวิเคราะห์	ผลิตภัณฑ์ที่เก็บทั้งหมด	ผลิตภัณฑ์ที่ทิ้งผลวิเคราะห์			

หมายเหตุ. โปรดระบุพฤติกรรมการใช้น้ำนมพอดอาหารและการจำหน่ายน้ำนม ใช้วิธีสอบถามผู้จำหน่าย รายละเอียดดังนี้
(1) ลักษณะการเปลี่ยนถ่ายน้ำนม กำหนดให้ A1 เท่ากับ ไม่เปลี่ยนเลย / A2 เท่ากับ เปลี่ยนบางส่วน / A3 เท่ากับ เปลี่ยนใหม่ทั้งหมด
(2) เหตุผลที่เปลี่ยน กำหนดให้ B1 เท่ากับ สภาพน้ำนมเปลี่ยน / B2 เท่ากับ สภาพอาหารเปลี่ยน / B3 เท่ากับ อื่นๆ โปรดระบุ.....
(3) การจำหน่ายน้ำนม กำหนดให้ C1 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำนมไปใช้แล้วขายต่อโปรดระบุขายต่อให้กับใครบ้าง / C2 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำนมไปใช้แล้วมาทิ้งลงในระบบสาธารณสุข
หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาววรรณิษฐ์ พูลสวัสดิ์ โทร 0-2590-7214.....

แบบรายงานตัวชี้วัด : ร้อยละของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตรวจเฝ้าระวัง ณ **สถานที่จำหน่าย** โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต.....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร.e-mail.....

วันที่รายงาน.....

จังหวัด	ลำดับ	สถานที่เก็บน้ำมันทอดอาหาร				น้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร					พฤติกรรมการณ์ใช้น้ำมันทอดอาหาร					การกำจัดน้ำมัน (3)	ผลการตรวจ (Test kits)				
		ชื่อร้าน	ชื่อตลาด	ชื่อผู้จำหน่าย	ชนิดอาหาร	ชนิดน้ำมัน	ชนิดภาชนะบรรจุ	ตราสินค้า	เลขสารบบอาหาร	ชื่อมาจาก	ระยะเวลาใช้ทอดต่อครั้ง	ลักษณะการเปลี่ยนถ่ายน้ำมันถ่าย	เปลี่ยนน้ำมันล่าสุดเมื่อไหร่	ความถี่ในการเปลี่ยน (ครั้ง/วัน)	เหตุผลที่เปลี่ยน (2)		วัดดูติน้ำมัน		น้ำมันขณะทอด		
																	ค่าโพลาร์ (%)	สรุป (ผ่าน/ไม่ผ่าน)	ค่าโพลาร์ (%)	สรุป (ผ่าน/ไม่ผ่าน)	
หมายเหตุ โปรดระบุพฤติกรรมการณ์ใช้น้ำมันทอดอาหารและการกำจัดน้ำมัน ใช้วิธีสอบถามผู้จำหน่าย รายละเอียดดังนี้																					
(1) ลักษณะการเปลี่ยนถ่ายน้ำมัน กำหนดให้ A1 เท่ากับ ไม่เปลี่ยนเลย / A2 เท่ากับ เปลี่ยนบางส่วน / A3 เท่ากับ เปลี่ยนใหม่ทั้งหมด																					
(2) เหตุผลที่เปลี่ยน กำหนดให้ B1 เท่ากับ สภาพน้ำมันเปลี่ยน / B2 เท่ากับ สภาพอาหารเปลี่ยน / B3 เท่ากับ อื่นๆ โปรดระบุ.....																					
(3) การกำจัดน้ำมัน กำหนดให้ C1 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำมันใช้แล้วขายต่อโปรดระบุขายต่อให้กับใครด้วย / C2 เท่ากับ เก็บรวบรวมน้ำมันใช้แล้วมาทิ้งเองในระบบสาธารณะ																					
หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อนางสาวจิราภรณ์ ยอดเดือน / 02-590-7252.....																					

ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

หน่วยงาน.....

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

ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ

รายการที่เก็บ หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น

หากสำนึก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย

ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

แบบฟอร์มรายงานตัวชี้วัด

จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ		
1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ	<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)</p> <p>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>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัด และมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐานที่สำคัญ</u> ของจังหวัด อย่างเป็นระบบ	มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มีข้อมูลข่าวสาร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ	1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ..... 2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล คือ..... 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.....(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ)
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน 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 ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	- อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล	มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น	- อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร
1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <u>ทั้ง</u> ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม <u>พื้นฐาน และ/หรือ</u> ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ	1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ..... (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น)
2. กลไกของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.)		
2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสจ.	กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ
2.2 มีแผนการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุมกิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสจ. ที่เป็นปัจจุบัน	มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสจ. คือ
2.3 มีการจัดประชุม คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม	กำหนดแผนการจัดประชุม.....ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้.....ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
<p>2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย</p>	<p>มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือ ไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย <u>ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ</u> เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ</p> <p>1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ชยะอิลเลททรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)</p> <p><u>ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ</u> เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น</p> <p><u>ประเด็นกฎหมาย</u> เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น</p>	<p>- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -</p>

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุม คณะอนุกรรมการสาธารณสุข จังหวัด	1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด 2) ฝ่ายเลขานุการ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
2.6 มีการรายงานการประชุม	มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน		
3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน	1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน 2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ	1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้	1) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม.....คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน.....คน
3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพในระดับพื้นฐาน	อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพในระดับพื้นฐาน	1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯแห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐานแห่ง
3.6 มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนาระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
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
4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.	มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา มูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้อง มีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำ คณะทำงาน เป็นต้น	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวมข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -
5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)		
5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง	มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตำบล ตำบลละ 1 ชุมชน	1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิภณมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน	1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
5.3 จังหวัดมีตำบลที่มีมนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง		
6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ	มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. /รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกัน	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
	และแก้ไขปัญหา เช่น อสธจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/ อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ	
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 -
6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการ จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุม ชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่ง ต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตาม แนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อม สรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ประเด็น	รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน
6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่าน เกณฑ์ฯ ในระดับขั้นเริ่มต้นพัฒนา	รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ขั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	- อธิบายวิธีการดำเนินงาน -

ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

คำอธิบาย แบบฟอร์มการพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) ปีงบประมาณ 2560 แบบบูรณาการ

เป็นแบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูลและแบบรายงานข้อมูล จำแนกรายอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ดำเนินการของระดับพื้นที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินตนเองและวางแผนการดำเนินการตามกลไกระบบสุขภาพอำเภอที่มีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน โดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกันในการดำเนินงานระดับพื้นที่ ซึ่งทุกแบบฟอร์มรายงานมีรายละเอียดที่เหมือนกันคือ เขตสุขภาพที่... จังหวัด...ชื่อผู้ประสานงานเขต...เบอร์โทรศัพท์และอีเมล...ชื่อผู้ประสานงานจังหวัด...เบอร์โทรศัพท์และอีเมล... และครั้งที่1,2.....(ให้ระบุวันที่ เดือน การลงข้อมูล) ขอความอนุเคราะห์กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ประกอบด้วย 4 แบบฟอร์ม ดังนี้

แบบฟอร์มที่ 1 รายงานการพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System : DHS) ประเด็นการร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบท

ประเมิน 2 รอบตามการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ

1.) ปัญหาสุขภาพสำคัญ 1 เรื่อง (ODOP) 2.)อุบัติเหตุ 3.) Long Term Care โดยระบุระดับพัฒนา UCCARE

แบบฟอร์มที่ 2 การจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน การพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

ที่เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดำเนินงาน โดยจัดเก็บ ๑ ครั้ง (รอบที่ 1) ประกอบด้วย

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| - จำนวนทีมหมอครอบครัว 3 ระดับ | ทีมอำเภอทีม | ทีมตำบลทีม ทีมชุมชน.....ทีม |
| - จำนวนผู้สูงอายุ | จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดคน | จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง.....คน จำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน.....คน |
| - จำนวนผู้พิการ | จำนวนผู้พิการทั้งหมด.....คน | จำนวนผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล.....คน |
| - จำนวน Palliative Care | จำนวน Palliative Care ทั้งหมด.....คน | |
| - จำนวนเด็ก ๐-๕ ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ | จำนวนเด็ก ๐-๕ ปีทั้งหมด.....คน | จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่มีพัฒนาการล่าช้า.....คน |
| - ตำบลจัดการสุขภาพ | จำนวนตำบลจัดการสุขภาพตำบล | จำนวนอปท.ที่ดำเนินการ LTC.....แห่ง |
| | จำนวน Care Manager.....คน | จำนวน Care Giver.....คน |

แบบฟอร์มที่ 3 แบบรายงานผลงานการพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

ตามเป้าหมายของทีมหมอครอบครัว รายงาน ๑ ครั้ง (รอบที่ ๒) ประกอบด้วย

- | | |
|---|--|
| - ผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง.....คน | จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการดูแล.....คน |
| จำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน.....คน | จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านที่ได้รับการดูแล.....คน |

- ผู้พิการ จำนวนผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล.....คน
จำนวนผู้พิการที่ได้รับการดูแล.....คน
- Palliative Care จำนวน Palliative Care ทั้งหมด.....คน
จำนวน Palliative Care ที่ได้รับการดูแล.....คน
- เด็ก 0-5 ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้า.....คน
จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าและได้รับการดูแล.....คน
- ตำบลจัดการสุขภาพ จำนวนตำบลจัดการสุขภาพตำบล จำนวนอปท.ที่ดำเนินการ LTC.....แห่ง
จำนวนCare Manager.....คน จำนวน Care Giver.....คน

แบบฟอร์มที่ 4 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร Road Traffic Injury

เป็นการจัดเก็บข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี (2558,2559) ปี2560 ดำเนินการจัดเก็บ 2 ครั้ง

ครั้งที่๑ การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่๑ ครั้งที่ ๒การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่๒ ประกอบด้วย

- จำนวนจุดเสี่ยง ปี2559.....แห่ง ปี2560.....แห่ง
- จุดเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข ปี2559.....แห่ง ปี2560.....แห่ง
- จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลย้อนหลัง ปี2558.....ครั้ง , ปี2559ครั้ง
ปี2560 รอบที่ 1.....ครั้ง รอบที่ 2.....ครั้ง
- จำนวนที่ได้รับผู้บาดเจ็บ ข้อมูลย้อนหลัง ปี2558.....ครั้ง , ปี2559ครั้ง
ปี2560 รอบที่ 1.....ครั้ง รอบที่ 2.....ครั้ง
- จำนวนผู้เสียชีวิต ข้อมูลย้อนหลัง ปี2558.....ครั้ง , ปี2559ครั้ง
ปี 2560 รอบที่ 1.....ครั้ง รอบที่ 2.....ครั้ง

ขอความอนุเคราะห์ผู้นิเทศงานปฐมนิเทศและสุขภาพอำเภอของเขตสุขภาพและผู้ประสานงานระดับเขต กรอรายละเอียดและขอให้จัดส่งข้อมูลดังกล่าวของ
แต่ละรอบของการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขไปที่

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : primaryhealth59@gmail.com

แบบรายงานการพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ปีงบประมาณ 2560													O รอบที่ 1.....		
เขตสุขภาพที่.....จังหวัด.....													O รอบที่ 2.....		
ชื่อผู้ประสานงานเขต.....			เบอร์โทร.....			email ;									
ชื่อผู้ประสานงานจังหวัด			เบอร์โทร.....			email ;									
ลำดับ	รายชื่ออำเภอ	การร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบท	ระดับพัฒนา UCCARE ในภาพรวม (ระบุระดับ)												
			1. Unity Team		2. Community participation		3. Customer Focus		4.Appreciation		5. Resource sharing and human development		6. Essential care		
			รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	
1	อำเภอ														
		1.ปัญหาสุขภาพสำคัญ 1 เรื่อง													
		2.อุบัติเหตุ													
		3.Long term care													
2	อำเภอ														
		1.ปัญหาสุขภาพสำคัญ 1 เรื่อง													
		2.อุบัติเหตุ													
		3.Long term care													
3	อำเภอ														
		1.ปัญหาสุขภาพสำคัญ 1 เรื่อง													
		2.อุบัติเหตุ													
		3.Long term care													

แบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ปีงบประมาณ 2560

○ รอบที่ 1

เขตสุขภาพที่.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ประสานงานเขต.....เบอร์โทร..... email ;

ชื่อผู้ประสานงานจังหวัด.....เบอร์โทร..... email ;

ลำดับ	รายชื่ออำเภอ	จำนวนทีมหมอครอบครัว			ผู้สูงอายุ			ผู้พิการ		Palliative Care	เด็ก 0-5ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ		ตำบลจัดการสุขภาพ			
		อำเภอ (ทีม)	ตำบล (ทีม)	ชุมชน (ทีม)	ทั้งหมด (คน)	ติดเตียง (คน)	ติดบ้าน (คน)	จำนวนทั้งหมด	จำนวนผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล (คน)	จำนวน Palliative Care ทั้งหมด (คน)	จำนวนเด็กอายุ 0-5ปี ทั้งหมด (คน)	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้า (คน)	จำนวนตำบลจัดการสุขภาพ (ตำบล)	จำนวนอปท. ที่ดำเนินกร LTC (แห่ง)	จำนวน Care Manager (คน)	จำนวน Care Giver (คน)
1															
2															
3															
4															
5															
.....															

แบบรายงาน การพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

ผลงานตามเป้าหมายของทิมหมอครอบครัว ปีงบประมาณ 2560

○ รอบที่ 2

.....

เขตสุขภาพที่.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ประสานงานเขต.....เบอร์โทร..... email ;

ชื่อผู้ประสานงานจังหวัด.....เบอร์โทร..... email ;

ลำดับ	รายชื่อ อำเภอ	ผู้สูงอายุ				ผู้พิการ		Palliative Care		เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ		ตำบลจัดการสุขภาพ			
		จำนวน ผู้สูงอายุ ติดเตียง	จำนวน ผู้สูงอายุ ติดเตียง ที่ได้รับการ ดูแล	จำนวน ผู้สูงอายุ ติดบ้าน	จำนวน ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ที่ได้รับการ ดูแล	จำนวน ผู้พิการ ที่ต้อง ได้รับ การดูแล	จำนวน ผู้พิการ ที่ได้รับ การดูแล	จำนวน Palliative Careทั้งหมด	จำนวน Palliative Care ที่ ได้รับการ ดูแล	จำนวนเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการ ล่าช้า	จำนวนเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการ ล่าช้าและ ได้รับการ ดูแล	จำนวน ตำบล จัดการ สุขภาพ (ตำบล)	จำนวน อปท. ที่ ดำเนินการ LTC (แห่ง)	จำนวน Care Manager (คน)	จำนวน Care Giver (คน)
1														
2														
3														
4														
5														
...														

แบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ปีงบประมาณ 2560 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร Road Traffic Injury														<input type="radio"/> รอบที่ 1..... <input type="radio"/> รอบที่ 2.....			
เขตสุขภาพที่.....จังหวัด.....																	
ชื่อผู้ประสานงานเขต.....เบอร์โทร..... email ;																	
ชื่อผู้ประสานงานจังหวัดเบอร์โทร..... email ;																	
ลำดับ	รายชื่ออำเภอ	จำนวนจุดเสี่ยง (แห่ง)		จุดเสี่ยงที่ได้รับ การแก้ไข (แห่ง)		จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ				จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ				จำนวนผู้เสียชีวิต			
		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ			
		2559	2560	2559	2560	2558	2559	2560		2558	2559	2560		2558	2559	2560	
								รอบ1	รอบ2			รอบ1	รอบ2				
1																
2																
3																
4																
5																
.....																

ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง

สถานบริการ อำเภอ..... จังหวัด ข้อมูลการประเมินเดือน.....ถึงเดือน.....

[illegible]

ตัวชี้วัดที่ 34 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: \leq ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตายจากทุกหอ ผู้ป่วย (รหัส ICD-10 =I60-I69) (A)	จำนวนครั้งของการ จำหน่ายทุกสถานะของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (A/B) x100	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

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.....

ตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสน
ประชากร)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เป้าหมาย: ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสน
ประชากร)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการเข้ารับ การรักษาที่ห้องฉุกเฉินและ หรือต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรค หลัก (PDx = J440-J441) (A)	จำนวนประชากรกลางปี อายุ15ปีขึ้นไปในเขต รับผิดชอบจากฐานข้อมูล ประชากร (B)	อัตราการเกิดการกำเริบ เฉียบพลันในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 38 อัตราตายทารกแรกเกิด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่ เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิด มีชีพ (B)	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (A/B) x1,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(2) 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)x100	
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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ตัวชี้วัดที่ 41 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 ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษิตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย 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.....

ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(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) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และF2 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 ขึ้นไป ในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A)	รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Fibrinolytic drug) ใน ผู้ป่วย STEMI ได้จริง(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	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 45 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
	จำนวนประชากรที่ตายจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) (A)	จำนวนประชากรกลาง ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x100,000	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ รายงาน)				

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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 46 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (B)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ $(A/B)*100$	
จังหวัด 1				
จังหวัด 2				
จังหวัด 3				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)				

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$

สถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ วางแผนรักษาด้วย รังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่ กำหนด (A)	ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้อง ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ $(A/B) \times 100$	
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.....

ตัวชี้วัดที่ 47 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) (A)	จำนวนประชากรกลาง ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x100,000	
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.....

ตัวชี้วัดที่ 48 อัตราตายจากมะเร็งปอด
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)	จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(A/B) x100,000	
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.....

ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคไต

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m²/yr

(เป้าหมาย: > 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559)

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR< 4 mL/min/1.73 m ² /yr × 100 (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (B)	Ax100/B	
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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 50 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านตา

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

2. สถานการณ์.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของเป้าหมาย)

สถานบริการสุขภาพ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด (A)	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทากระทรวงสาธารณสุข (B)	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 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.....

ตัวชี้วัดที่ 52 จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ
แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล
ด้านโรคไต

8. ประเด็นการติดตามประเมินผล

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต

.....

9. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (เป้าหมาย: ≥ 650 ต่อปี ในปีงบประมาณ 2560)

เขต	เป้าหมาย	รายการข้อมูล	หมายเหตุ
		จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	
1			
2			
3			
เขต ...			
ภาพรวมประเทศ (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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

5 ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	1.1 การนำองค์กรและธรรมาภิบาล	(14)		สัมภาษณ์ / บันทึกและ รายงานการประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้าง และกลไกการตัดสินใจของผู้บริหาร องค์กร การสื่อสาร การนำผลการ ตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนาผู้นำ/ ผู้บริหาร การตอกย้ำค่านิยม ทิศทาง ความคาดหวัง รวมทั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	(10)			
	1.1.1.1 ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต. ร่วมกัน ดำเนินงาน	(2)			
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน	2			
	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล CPPC (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ทีม นำผู้รับผิดชอบโดย อธิบายแสดงพันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผนยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการ ในการจัดบริการ สาธารณสุข โดย พิจารณาความ สอดคล้องกับสภาวะ	วิสัยทัศน์ หมายถึง การมองไปในอนาคต (Future Perspective) เป็นสิ่งที่ จะบอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะเป็น ในอนาคตและการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้อง คำนึงถึงความต้องการหรือ ผลประโยชน์จากประชาชน ชุมชน สังคม และ ผู้ได้รับผลกระทบใน พื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ อาจกล่าวถึงผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของประชาชนหรือ
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มีแผนงานและ โครงการ ที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ และบริบทของพื้นที่ มีการสื่อสาร ให้บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
	- ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน	0			
	- มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการดำเนินงาน แต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	1			
	- มีเอกสารครบถ้วน มีการดำเนินงาน และมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
				ของผู้รับบริการและตาม บริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่สอดคล้อง กับแผนงานของ CUP ที่ระบุเป็นลายลักษณ์ อักษรที่ชัดเจน - พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบมีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงาน ของ CUP และ สอดคล้องกับสภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ	รูปแบบการบริการที่ปรารถนาใน อนาคต 3-5 ปี เป็นต้น การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางของ องค์กรในอนาคตที่ต้องการให้ บุคลากรในองค์กรได้รับทราบและ เข้าใจเมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์และ กำหนดเป้าประสงค์ คำนิยาม และ ความคาดหวัง ขององค์กรแล้ว จะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ เพื่อให้
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์				- พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการ ดำเนินงานเพื่อนำไป สู่การปฏิบัติ	บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับและ นำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหาร สามารถดำเนินการได้หลายวิธีแต่ วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การสื่อสาร แบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบ ที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้ บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึง เจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าว ร่วมกัน สามารถดำเนินการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความ ผาสุก
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	(2)		- โครงสร้างการบริหาร - ระเบียบปฏิบัติ การ กำกับดูแลตนเอง - มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับ โครงสร้างการบริหาร	การกำกับดูแล หมายถึง การแสดง ให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการ ที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อ ภาระของผู้บริหาร ความ รับผิดชอบต่อการเงิน ความ โปร่งใสในการดำเนินงาน การ
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติดีมีขอบ จัดระบบให้บุคลากรที่ เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0		- กฎระเบียบ หรือ นโยบายที่เกี่ยวข้อง - แนวทางการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปฏิบัติ ราชการ	ตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายใน ภายนอก การพิทักษ์ผลประโยชน์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1			
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและ มีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไข ปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	2			
	1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน	(2)		- บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อ ร้องเรียน, สัมภาษณ์, สังเกต	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อร้องเรียน จากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้ง จากภายใน/ภายนอก ที่ไม่ได้รับ การตอบสนองความทำให้ไม่พึง พอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการ ดำเนินงาน
	มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อร้องเรียน ในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบและมีแนว ทางการแก้ไข มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุง การบริการ และประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง				
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึง พอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(น้อยกว่าปี ละ 2 ครั้ง)และเป็นลายลักษณ์อักษร	1			
	- มีระบบ และมีการนำผลมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง (ทุก 3 เดือน)และเป็นลายลักษณ์อักษร	2			
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวางแผนกลยุทธ์	1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ	(2)		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/การ วิเคราะห์และปรับปรุง แผนการดำเนินงาน	การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการ ในการเลือกและรวบรวมข้อมูล และสารสนเทศที่มีความ สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผล การดำเนินงานมาทบทวน วิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนในการ ดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้น
	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำ แผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบ สนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนา วิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผล งาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้ จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน				
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลาย ลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มี ผลลัพธ์ของการพัฒนา	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลาย ลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมี ผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์	2			
	1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม	(4)		เอกสารแสดงกฎและ ระเบียบ ในการ ปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจริยธรรม : หน่วยบริการ/ องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการระบุ และคาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/และ ความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ/การ ดำเนินงานขององค์กร และมีการ เตรียมการแก้ไข รวมถึงการใช้ กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่าง คุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการ กำหนดกระบวนการ เพื่อให้มีการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลดความเสียหายด้านลบ เหล่านั้น
	1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม	(2)			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยมและ วัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรที่ใช้ ตัดสินความถูกต้องและความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย ลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	2			
	1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่ สำคัญ	(2)		รูปภาพกิจกรรม/การ บันทึกการให้การ สนับสนุนชุมชน	ชุมชน (Community) ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนในลักษณะอื่นๆเช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน หรือ เครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น การสนับสนุนชุมชน (Community support) รวมถึงความพยายามในการสร้าง ความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่น ในด้านการให้บริการ
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการ ดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชน นอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นในเชิง ประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			
หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาล					การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การ สนับสนุนสุขภาพของชุมชน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
และการวางแผนกลยุทธ์					ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับมือกับโรคภัยและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
	1.2 การวางแผนกลยุทธ์	(4)		สัมภาษณ์วิธีการจัดทำแผน/การกำหนดเป้าประสงค์/แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	1			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์ก รธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	(2)		สัมภาษณ์การนำกลยุทธ์ ไปสู่การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การ ปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติ การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความ ยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่ สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาทและ การมีส่วนร่วมต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อ ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกล ยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียด ทรัพยากรที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ ต้องทำให้สำเร็จ
	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	(2)			
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรร ทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อ การดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่ บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมใน การนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และไม่มี การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มี การถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้า ของแผนปฏิบัติงาน	1			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการ ถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของ แผนปฏิบัติการ	2			
รวมคะแนน		18			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ก การเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
การเงิน และบัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ			มีครบถ้วน 7 รายการ =10 คะแนน	การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การ คลัง หมายถึงการ ควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงิน แผ่นดิน และของ หน่วยงานภาครัฐให้เป็นไป โดยถูกต้อง มีวินัย คุ่มค่า โปร่งใส และสามารถ ตรวจสอบได้ โดยการวาง กรอบหลักเกณฑ์กลางให้ หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติ
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิก จ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน การเงิน			มี 6 รายการ 8 คะแนน มี 5 รายการ 7 คะแนน	
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง			พิจารณาจากหลักฐานการ ดำเนินงานเช่น คำสั่ง	
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง(404/407)			คณะกรรมการ/แผนการใช้ เงินงบประมาณ เงินบำรุง /	
	4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง			การควบคุมการรับจ่ายเงิน/ การจัดทำบัญชีเกณฑ์	
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผล การใช้ประจำปี			คงค้าง/ การควบคุมการใช้ ใบเสร็จรับเงิน/การสรุปผล/	
	6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง เป็น ปัจจุบัน			การจัดซื้อจัดจ้าง/ ผลการตรวจสอบของ	
	7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ ตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง			คณะกรรมการตรวจสอบ ภายใน	

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.สภาพแวดล้อมภายนอก อาคาร (รวม 10 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร	(6)		สังเกต สํารวจ	สะอาด หมายถึง ความสะอาดบริเวณ สถานที่ ี่มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	1			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด จัดเป็นสัดส่วนมีรั้วรอบ ขอบชิด	6			
	1.2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเข้าถึงบริการ				
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน**	(2)		สังเกต/สอบถาม/ สํารวจ/สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุด ที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถของผู้ป่วย ฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อรับส่งผู้ป่วย ได้สะดวกและใกล้กับจุดที่กำหนดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉิน
	- มี	2			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้พิการ/ผู้ชรา	(2)			จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้พิการ หมายถึง จัดที่จัดไว้สำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชราต้องเป็นพื้นที่ สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้าง ที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร
	- ไม่มี	0			
	- มีแต่ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน	1			
	- มีและเป็นไปตาม มาตรฐาน	2			
2.สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตาม มาตรฐาน 5 ส	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและ สัมภาษณ์	
	- มีการแบ่งพื้นที่ดำเนินการ และกำหนดผู้รับผิดชอบ	1			
	- กำหนดผู้รับผิดชอบได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่	1			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.2 โต๊ะทำงาน	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	<p>ป้าย ส สะดวก หมายถึง ป้ายอธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญแฟ้มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น</p> <p>ถังขยะ หมายถึง ถังขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้งหรือถังใส่ขยะที่เท่านั้น ไม่ได้ประเมินรวมกับถังขยะติดเชื้อที่ต้องประเมินตามมาตรฐาน IC</p>
	- สะอาดและปราศจากคราบสกปรก	1			
	- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกูล ตำแหน่งมีลักษณะเดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
	- ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน	1			
	2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์	(4)			
	- สะอาด ปราศจากคราบสกปรก	1			
	- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงานให้เรียบร้อย (ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน)	1			
	- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1			
	- มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย ส สะดวก)	1			
	2.4 ห้องทำงาน	(5)			
	-มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง	1			
	-สะอาดปราศจากคราบสกปรก	1			
	-จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน	1			
	-ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติกกรองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมาจนถึง	1			
	-อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุม และชัดเจน	1			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 ตู้เก็บเอกสาร	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	- มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจนเป็น ระเบียบ สวยงามทุกตู้	1			
	-ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือเอื้อม ถึง	1			
	-ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่	1			
	2.6 การเก็บเอกสาร	(2)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็น เอกสารปัจจุบัน หรือหากมีเอกสาร ย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มี ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน	1			
	-มีป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุมและ ชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บเป็น ระเบียบ สวยงาม	1			
	2.7 โทรศัพท์	(2)			
	-มีหมายเลขโทรศัพท์ภายในและ ภายนอกเพื่อความสะดวกในการติดต่อ	1		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	-ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและ หยากไย่	1			
	2.8 นาฬิกา	(1)		การสังเกต/ สอบถาม	ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา \pm 5 นาที หัก 1 คะแนน
	-นาฬิกา	1			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3.ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน)	3.1 ห้องส้วมทั่วไปสะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการ ใช้บริการ	(3)		การสังเกต	สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือ หยากไย่ ไม่มีคราบสกปรก ให้ สังเกตบริเวณซอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และโถ ปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ สุขภัณฑ์มีสภาพดี -พื้นห้องส้วมและบริเวณล้างมือ ต้องแห้ง หากพบว่าบางครั้งพื้น ภายในห้องส้วมไม่แห้ง แต่ถ้า พื้นไม่ลื่นและไม่มีน้ำขังถือว่า ควรผ่านการประเมินทั้งนี้ให้ ขึ้นกับดุลพินิจของผู้ประเมิน ไม่มีกลิ่นเหม็น หมายถึง ไม่มี กลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะ และต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะ ราดน้ำหรือกดชักโครก
	-ไม่สะอาด	0			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่าง เพียงพอ การระบายอากาศดี	2			
	-สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่าง เพียงพอ การระบายอากาศดีและไม่มี กลิ่น	3			
	3.2 มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิง ตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ	(3)			มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิง ตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมี องค์ประกอบครบ 5 ชิ้น ดังนี้
	- ไม่มี	0			1.โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก
	- มี/ไม่สะอาด	1			2.ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร
	- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น	2			3.มีอ่างล้างมือ
	- มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มี กลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	3			4.มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้ พิการ 5.มีราวเหล็กจับพยุงตัว

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
4.บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน หลังหรือตามความ รุนแรงของโรค	(3)		การสังเกต และการ สัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ในการออก บัตรคิว
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	-มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			
	-มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้งให้ ผู้รับบริการให้ทราบ	3			
	4.4 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ	(3)		การสังเกต	
	-ไม่มี	0			
	-มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน	1			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย นอกเวลาราชการ	2			
	-มีป้ายบอกชัดเจน เข้า ป่วย นอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่อยู่ เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่	3			
	4.3 จัดให้มีทีวี วีดิทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้าน สุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)		การ สังเกต และการ สัมภาษณ์	ความปลอดภัย หมายถึง อุปกรณ์ทำ น้ำร้อน น้ำเย็นไม่ ก่อให้เกิด ผลกระทบ อันตรายต่อ ร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น ภาชนะใส่น้ำดื่ม ถูก หลัก สุขาภิบาล พร้อม ใช้
	- ไม่มี	0			
	- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1			
	-มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2			
	- มีการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP	3			
	4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วง เวลา เปิดให้บริการ	(3)			
	-ไม่มี	0			
	-มีเฉพาะน้ำเย็น	1			
	-มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2			
	-มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมีความ ปลอดภัย	3			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทาง พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร (รวม 6 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก Cup จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมีการ จัดระบบการ ป้องกันการติดเชื้อ	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ. สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้ * กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ ใน รพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดย ขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งว่าเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0 -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการ อบรม เนื้อหาในการอบรม -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม กลุ่มป่วย <u>แผนครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม</u> หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุม และจัดการสิ่งแวดล้อมในรพ.สต.และ ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต	1			
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการ ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่างน้อย1วัน)	0.6			
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับ การอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรในรพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึด ตามปีปฏิทิน)	0.4			
	1.3 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ	(2)		ดูแนวทาง คู่มือ การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ และดูการ กำกับติดตาม การใช้คู่มือ/ แนวทางปฏิบัติ ในการควบคุม การติดเชื้อใน รพ.สต.ตาม บริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปของคณะกรรมการ ดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ ภาพรวมของCUPนั้นๆและจัดทำ ภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่าง น้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การ จัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตาม การ ติดเชื้อ หรือเรื่อง ที่ สอดคล้องกับ ODOP

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร	1.3.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.3.2มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถาม เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการ ปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ ได้อย่าง ถูกต้อง	1			
2. การ ดำเนินงาน (รวมคะแนน 16 คะแนน)	2.1ระบบการเฝ้าระวัง	(1.5)		-สอบถามและ ตรวจสอบรายงาน	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การกำหนด กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP และ ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังทั้ง ในรพ.สต.และในชุมชน การตรวจสอบสุขภาพประจำปีหมายถึง กิจกรรม การตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจ ยังไม่มีอาการผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกาย ยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าการตรวจสุขภาพยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่ง เป็นการตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/ สอบถามประวัติอาการ และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การทำเป็น การให้ วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำของกระทรวง สาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับสถานะของผู้รับการตรวจแต่ละ ราย การวิเคราะห์การตรวจสอบสุขภาพ หมายถึงการ วิเคราะห์จากผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแล้ว แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.1 .1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5		การเฝ้าระวังและ แนวทางการแก้ไข ปัญหา เป็นลาย ลักษณ์อักษรไม่	
	2.1.2มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้า ระวังการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	1		เน้น รูปแบบการ บันทึกแต่ สามารถ ตอบการสื่อสาร กันได้	
	2.2 การตรวจสอบสุขภาพประจำปี	(1.5)		-ผลการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ เฉพาะราย	
	2.2.1 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	0.5		-ดูแผนการตรวจ สุขภาพ	
	2.2.2 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีครบ 100%	0.25		-ผลการตรวจ สุขภาพ	
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจ สุขภาพ	0.25		-แผนการดูแลบุคคล กรกลุ่มดี กลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย	
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0.25			
	2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการ ดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงาน ตาม ความเหมาะสม	0.25			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	(1.5)		ประเมินจาก * รอบปีปฏิทิน *มีทะเบียน รายงานการฉีด วัคซีนไขหวัดใหญ่ และ รายงานการ ฉีดวัคซีนตามการ ระบาดของ โรคใน พื้นที่(ให้กระตุ้นดา ความเหมาะสม เช่น คอติบ) หรือ - การสอบถาม เจ้าหน้าที่ หรือ -สมุดบันทึกการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึงการ ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่และ วัคซีนที่ ป้องกันโรค ระบาดตามการ ระบาด ของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของ กระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป	1			
	2.3.2บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคที่จำ เป็นตาม นโยบายของกระทรวง น้อยกว่าร้อยละ 80	0.5			
	2.4 แนวทางการปฏิบัติ	(2)		คู่มือเตอร์/ป้าย แนวทาง ปฏิบัติ -สัมภาษณ์บุคลากร 1 คน -ขอคู่มือรายงานการ เกิด อุบัติเหตุเมื่อ เกิดอุบัติเหตุไม่ เน้นรูปแบบเอา ตามแนวทาง ที่ CUPกำหนด -กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนว ทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับ อุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ใบมีด ผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ ใน พื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและ อธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5			
	2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	0.5			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ	(2)		สังเกตป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ	การทำความสะอาดมือ หมายถึงการขัดถูให้ทั่วมือ รวมทั้งช่องลายนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมืออย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อในได้ การล้างมืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรมล้างมืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมีอุปกรณ์ล้างมือเช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้	1		สุ่มบุคลากร 1 คน ตอบคำถามและ สาสิตการ	
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความสะอาดมือได้ถูกต้อง	1		ล้างมือได้ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ว่าเป็น พยาบาล	
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	(2)		- สังเกตภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอด	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ตามบริบทของพื้นที่	1		อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	1		- สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบคำถามการใช้ PPE	

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.7การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต	(1.5)		- สุ่มถาม - ตรวจสอบ สถานที่จริง -	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการ ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ การแพร่กระจายเชื้อในรพ.สตเช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคเป็น ต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ พื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ. สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5		ป้ายสื่อสารการ ปฏิบัติกรณี	
	2.7.2ทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ใน การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่ เสี่ยง ต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	0.5		โรคติดต่อที่ต้อง แยกพื้นที่ เช่น โรคฉี่หนู, โรค ไข้หวัดนก คอ ติบ เป็นต้น	
	2.7.3มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการจัดแบ่ง พื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	0.5			
	2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก อุปกรณ์ และ เครื่องมือสะอาด	การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8 .1บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ เครื่องมือ แพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และ การควบคุม คุณภาพการทำให้ปราศจาก เชื้อทั้ง 3 ด้าน	1		ปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งาน	
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุม คุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง)	0.20			
	2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอก ทุกหีบห่อและ ควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ทำ หัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน, set suture, set คลอด, I&D	0.20			
	2.8.4มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-1 IC

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8.5 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/ สัมภาษณ์ / สอบถาม กรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
	2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	(2)		สุ่มดูมูลฝอยในถังมูลฝอย	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งอาจมีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และ การรักษาพยาบาล การหุ้มนิคมกันโรค และการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซาก สัตว์รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
	2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูลฝอย ใน รพ.สต.	1		-สอบถาม/ สังเกต เช่น กรณีไม่มีรถขน ขยะ โดยเฉพาะ แต่ต้องใช้รถคัน เดียวกันขนขยะ	
	2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยในพื้นที่/ห้องพักมูลฝอย ป้องกันสัตว์ แมลงคุ้ยเขี่ยได้	0.25			
	2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง	0.25			
	2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอกรพ.สต. โดยรถขน ย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งขยะเฉพาะ ขันดำ ต้อง มี กล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ส่งขยะติด เชื้อ	0.25			
	2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียส หรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอย ได้มาตรฐาน	0.25			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-2 LAB

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	
1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. ที่อยู่	ขนาด รพ.สต. () เล็ก () กลาง () ใหญ่ () รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. () เล็ก () กลาง () ใหญ่ () ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. () รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... () รพท. (ระบุชื่อ รพ.)..... () ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) () ศูนย์บริการสาธารณสุข () สถานบริการสาธารณสุขชุมชน () อื่นๆ (ระบุ)
3. เครือข่ายบริการสุขภาพที่.....	
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	
5. สังกัด () สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) () กรม (ระบุ) () อื่นๆ (ระบุ)	
7. อัตรากำลังของบุคลากร 7.1 ข้าราชการจำนวน คน 7.2 พนักงานราชการ จำนวน คน 7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน คน 7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน คน 7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน 7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน คน รวมทั้งหมด คน	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้ 8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน คน 8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวนคน 8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน.....คน 8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน 8.5 ทันตภิบาล จำนวนคน 8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวนคน 8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป, ลูกจ้าง ฯลฯ จำนวน คน รวมทั้งหมด คน
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ	
งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว	() มี () ไม่มี
2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ	() มี () ไม่มี
3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)	() มี () ไม่มี
4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	() มี () ไม่มี
5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	() มี () ไม่มี

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
1. บุคลากร ☆						
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none">ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none">มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน
2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none">คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง. วิทยาฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none">มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้	1	มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่ มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน

2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ 	1	แยกเป็นสัดส่วน		ไม่เป็นที่เป็นทาง	ดู,สังเกต,ถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้ 	1	Hct Centวางที่มั่นคงสะดวกใช้งาน	มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต,ถาม,ลองหยิบ
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
3.1 วัสดุ น้ำยา						
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ในกรณีพ.ส.ต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มียู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง 	2	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย	หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา 	1	มีระบุ ไม่หมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต,ถาม

	3.2 เครื่องมือทดสอบ					
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ. สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ต้องรวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
10	3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) 	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
			มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หยิบดู ทดสอบ สังเกต, ถาม ดูเอกสารหรือ sticker แสดง
3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว						
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู, สังเกต, ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู, สังเกต, ถาม

	3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ					
13	3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้ณาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
	3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)					
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้ณาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> • ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข 	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
	3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)					
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> • เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้เปลี่ยนสำรองแปรงถ่าน 	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีการตรวจสอบ	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> • capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน) 	1	มีและไม่หมดอายุ	—	ไม่มี	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> • ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช่สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง 	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม

21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดู เอกสารหรือ stickerสอบเทียบ สังเกต ถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ 	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกตุ,ถาม
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ส่งเอง ตรวจเองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ 	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่ไม่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ	หยิบดู ถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)						
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว	หยิบดู ถาม
25	4.4 ผลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่งวันที่โดยใช้ผลากติดเท่านั้น 	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่รายละเอียดไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ถาม
5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บสิ่งส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP 	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ตรวจสอบถาม

	สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ					
27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต 	2	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน สังเกต,ถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆						
28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งกรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQCโดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำจากผู้ป่วยไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC 	3	ทำIQC ทุกการทดสอบ ความถี่เดือนละ1ครั้ง	ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบแต่หรือความถี่ไม่ได้ตามกำหนด	ไม่มีการทำIQCเลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ) ☆						
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบกับระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขี้นเวลาที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	2	ทำEQAหรือ Lab comparison ทุกการทดสอบ	มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ	ไม่มีการทำเลย	ดู,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
30	6.3กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ 	1	มีการหาสาเหตุ แก้ไข และป้องกัน	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีการดำเนินการ	ขอดูบันทึกการดำเนินการ
7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง					

	7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	1	มีการทำลายตัวอย่างถูกต้องมีการใช้		ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง	ถามให้อธิบายสังเกตหลักฐานแวดล้อม
	7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ้งตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	1	มีคู่มือหรือWI		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
8. การรายงานผลการทดสอบ						
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมาอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คน ช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คนแนบทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย 	2	มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้ 	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี 	1	มีสำเนารายงานผล		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

รวม				
ผลรวมคะแนน				
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล				
คะแนนเต็ม				
คะแนนที่ได้				
คิดเป็นร้อยละ				

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล

1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง

2. แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที

3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแลเพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข

4. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้

5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สมป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี2557)

6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้

- 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
- 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
- 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
- 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีIce pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
- 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
- 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
- 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....
.....
.....

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมชาติและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์การประเมิน/ คู่มือสำหรับผู้ประเมินด้านสาธารณสุข (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	บุคลากร (2 คะแนน) -มีเอกสารรับผิดชอบในการพัฒนางาน บริการเภสัชปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน	-มีคำสั่งแต่งตั้ง และ -มีแผนการปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย <u>ปีละ 4 ครั้ง</u>	-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงอย่าง น้อย ปีละ 2 ครั้ง (อย่างน้อยหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และไม่มีการออก ปฏิบัติงานจริง		-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือเอกสาร อื่นๆ - ฯลฯ	
2	คลังยาและเวชภัณฑ์ (16 คะแนน) 2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ เหมาะสม มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการ สูญหาย (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคน ละดอก) 2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความ สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกัน แสงแดดและความชื้น <u>สามารถป้องกัน สัตว์และแมลงได้</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น (มี กุญแจ 2 ดอกและมีคำสั่ง มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจ คนละ 1 ดอก มาพร้อมกัน) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย <u>6 เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิ ไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%)	-ประตุมีกุญแจล็อก 2ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกโดยมี เจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น แต่ไม่เป็น <u>ปัจจุบัน อย่างน้อย 6</u> <u>เดือนนับแต่วันตรวจ</u> -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u>	-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้น หรือ กรณีสถานที่เก็บยาและ เวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ. สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มี เหล็กดัด -ยาถูกแสงแดด -ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น - <u>คลังยาไม่สามารถป้องกัน สัตว์และแมลงได้</u>		-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึก มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละดอก -ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูก แสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและ ความชื้น -แบบบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		-คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และ แมลงได้				(กรณี PCU รพ. ประเมิน ที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)	
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ อย่าง เหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อ ยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์ บนพื้นโดยตรง	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-พบยาและเวชภัณฑ์วางบน พื้นโดยตรง -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่าย เวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมี ใบเบิก-บันทึกรายการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับ ทะเบียนควบคุม คลังยา	-สุมstock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการ ลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่ สอดคล้องกับ stock card	-สุมstock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ -มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-สุมstock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา		- สุ่ม รบ.301 <u>Stock Card</u> และตรวจนับยาใน คลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ <u>stock card</u> รพ.สต. ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยา <u>ต้องสอดคล้อง</u> - คล้องกับข้อมูลใบเบิก ยาจาก รพ.ที่รับยาเข้า <u>คลัง รพ.สต.</u>	
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาใน คลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มียาขาด stock ในคลังยา หรือ จุดจ่ายยา	-ยาขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ยาขาด stock เกิน 2 รายการ		-สุ่มรบ.301 <u>Stock Card</u> และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่าย ยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และ ยา Life saving drug

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือ หมดอายุทั้งในคลังยา และจุดบริการผู้ป่วย	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ และ ระบุวันเปิด วันหมดอายุ -มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u>	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือ หมดอายุ	-พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ		-สุ่มดูวันหมดอายุ และ ลักษณะภายนอกของ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่ มีใช้ยา 3 รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยาฉีด multiple dose 1 เดือน หลังเปิด น้ำเกลือล้าง แผล 24 ชม. ยา กระปุกและ ยา pre-pack 1 ปี)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.7 ตู้เย็นเก็บยา 2.8 ตู้เย็นเก็บวัคซีน <u>หัวข้อการประเมิน</u> 1.อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °Cและ อุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลัก วิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็น ปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มี สติกเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและ ไม่หมดอายุ 5.เก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วนไม่ปะปน กันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ	ครบทั้ง 7 ข้อ	ไม่ครบทุกข้อ แต่ต้องมีข้อ 1,3,6	ไม่มีข้อ 1,3,6		- ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิ ตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
3	งานบริการเภสัชกรรม (16 คะแนน) 3.1 มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ โดย มี ยาช่วยชีวิต และมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u> ได้แก่ 1. Adrenaline injection 1:1000 2. Atropine injection 1:1000	-มีบัญชีรายการยา รพ.สต. เป็น เอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำ ต่างหากจากแผนจัดซื้อยา - ไม่มีรายการยา NED หรือ มีแต่ <u>ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจ</u>	-มีบัญชีรายการยา รพ. สต. -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. หรือมีคู่มือการใช้ยา <u>ช่วยชีวิต</u>	-ไม่มีทุกข้อ		- บัญชีรายการยา รพ.สต. และยาช่วยชีวิต - คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone	ราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขอ อนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว) -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.และคู่มือ การใช้ยาช่วยชีวิต	(อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
	3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรมความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	-มีการจัดอบรมเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีทุกข้อ		-มีแผนการอบรม - มีหลักฐานผ่านการอบรม เช่น หนังสือเชิญอบรม - คู่มือการใช้ยาที่จำเป็นหรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากยาช่วยชีวิต (อาจเป็นคู่มือฯ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ได้)	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมิน	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ในคอมพิวเตอร์ หรือไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพทย์	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		<u>แพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u>	<u>ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร</u> (อย่างไรอย่างหนึ่ง)				
	3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุในซองยา แบ่งบรรจุ (Pre-pack)	-มีข้อมูลครบถ้วน	-มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูลรายละเอียดของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาริตการจ่ายยาให้ดู	
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP	-มีฉลากช่วยในการใช้ยา <u>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u>	-มีฉลากช่วยในการใช้หรือ <u>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u> (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		-ฉลากช่วย เช่น <u>การใช้ยา</u> <u>หยอดตา การใช้ ยาเหน็บ</u> <u>การผสมยาผงแห้ง</u> <u>สำหรับเด็ก</u> - <u>สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่</u> <u>สอดคล้องกับ ODOP</u>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
4	งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน) 4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้า แผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.) , อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด, เครื่องสำอางสำหรับผ้า ผิวกว, ยา (ร้านขายของชำ) และสถานวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	-มีการจัดทำฐานข้อมูลครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดทำฐานข้อมูล - จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง) (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล		-ทะเบียนสรุปข้อมูล คบส. ของรพ.สต. แยกรายหมู่บ้าน	
	4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผงลอยในชุมชน <u>ประเด็นการตรวจสอบเฝ้าระวัง</u> - อาหาร (ฉลาก, อย., ที่ตั้ง , ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมด -อายุ, ด้านกายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา) - ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก - เครื่องสำอาง -เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้ามจำหน่ายไม่ต้องดู lot ถ้าพบ ยี่ห้อนั้นห้ามจำหน่าย)	-มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม <u>จัดอบรม</u>	-มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน - มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 อย่าง		-สรุปผลการดำเนินงาน/บันทึกการดำเนินงาน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	-เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-ฉลากเครื่องสำอางที่ ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก						
	4.3 ร้านค้า ร้านชำ ไม่พบผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย 1 ร้าน	-พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึกการสุ่ม ตรวจร้านค้า แนนท้าย	
	4.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มี องค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้ เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1).ดู อย. (2). ดูวันผลิต วัน หมดอายุ ได้, (3). ทราบ รายการยาที่ห้ามขายใน ร้านค้า ตามข้อ 4.2	รายละเอียดตาม แบบบันทึกการ สุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย
	4.5 มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร) ในสถานี วิทยุ ป้ายโฆษณา รถเร่	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน สถานีวิทยุ กรณีไม่มีสถานีวิทยุ ให้ เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และ สรุปผล/ <u>บันทึก/หลักฐาน</u> การ ดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/ <u>บันทึก/</u> <u>หลักฐาน</u> การดำเนินงานให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบ พบ เพียงหลักฐานใน รพ.สต.	-ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแผน		-สรุปผลหรือ <u>บันทึก/</u> <u>หลักฐาน</u> การดำเนินงาน - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน	สอบถามข้อมูล จาก ชุมชนเพื่อยืนยัน
	4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทางสาธารณะ ไม่พบการ ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิดกฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิดกฎหมาย แต่มีการ แจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิดกฎหมาย แต่ ไม่มี การแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ		- สํารวจแผ่นป้ายโฆษณาที่ ร้านค้า ตลาด ที่หรือทาง สาธารณะ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี 2	พอใช้ 1	ปรับปรุง 0	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.7 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคนได้แก่กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม	-มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือหลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริโภค อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	<u>พิจารณาหลักฐาน</u> <u>ตั้งแต่ตุลาคม</u> <u>2559 ถึงปัจจุบัน</u>
	4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่	- มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกกลุ่ม	- มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือหลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริโภค อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี)	<u>พิจารณาหลักฐาน</u> <u>ตั้งแต่ตุลาคม</u> <u>2559 ถึงปัจจุบัน</u>

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมชาติและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-3 เกณฑ์กรม/ คู่มือผู้ประกอบการประเมินงานเภสัชกรรม/ คู่มือผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : แบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า

*** (เอกสารแนบท้ายประกอบการประเมินงานเภสัชกรรม/ คู่มือผู้บริโภคด้านสาธารณสุข)

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประกอบการ.....ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ถูกต้อง
1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลา เครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมปัง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา			
2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ			
3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/ การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ			
4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีดยา โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)			
5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย ขาย 34 รายการ			
6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผล ตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตามรายการที่กำหนด)			
7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่ถูกต้อง(ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก)			
8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิดกฎหมาย (1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณป้องกันรักษาโรค 2. ยา โฆษณารักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือโฆษณาเชิงโชค ส่งกล่องยา รับรางวัล)			

2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย

- ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง
- ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง
- รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า () รู้ () ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับผ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย

ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนตี้-ฟาร์ ครีม
3. แอนตี้-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทินผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล ครีมทาสีว
19. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเดย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเดย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสีว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมชาเขียว DR. JAPAN
28. ครีมชาเขียว MISS JAPAN
29. ซิชาเดะ ครีมหน้าขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีมบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....

.....

.....

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผนวก ง-4 IT

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)

ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน)	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน 2. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยส่งข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559 – สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง Vist ของ JHICS หรือตาราง ovst ของ HOSXP PCU - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน	2 8	
1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (7 คะแนน)	1. มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มสม่ำเสมอ - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวัน = 5 คะแนน 2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน - มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน	5 2	
1.3 คุณภาพของข้อมูล (8 คะแนน)	ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPOP-2010 (ตุลาคม 2559-ปัจจุบัน) - น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน)	8	
รวม		25	

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเครื่องแม่ข่าย</p> <p>- น้อยกว่า 1:0.0.50 = 1 คะแนน - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน</p> <p>- 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน</p> <p>- 1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน</p>	5	
<p>2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน</p> <p>- มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 3 คะแนน</p> <p>- มี = 5 คะแนน</p>	5	
<p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล บริการของ รพ.สต.</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน</p> <p>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน</p>	5	
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p> <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (Ups) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <p>- ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน</p>	6	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน</p> <p>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน</p>	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <p>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน</p> <p>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน</p>	2	
รวม	25	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ – 5 ปี) - กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี) - กลุ่มวัยรุ่น (15 – 21 ปี) - กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี) - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (6๐ ปี ขึ้นไป) <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 – 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน</p> <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 – 5 กลุ่มวัย = 6 คะแนน</p>	6	
<p>2. มีแผนงานโครงการที่ใช้แก้ไขปัญาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 6 คะแนน 	6	
<p>3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 6 คะแนน 	6	
<p>4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 5 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 7 คะแนน 	7	
รวม	25	

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
1. มีการทบทวนข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่มาวางแผนแก้ไขปัญา เช่น ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย	5	
2. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญาจากการจัดการความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	5	
3. มีวิธีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	5	
4. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	5	
5. ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้	5	
รวม	25	

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาษณ์กระบวนการได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน(ODOP)/วิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน /การบันทึกประเด็นปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆ และประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ
	ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็น ปัญหา หรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและ ผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็น ปัญหาของชุมชน (ODOP) มีการนำ ฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ				
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของ ประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของ ชุมชน (ODOP)	0			
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1			
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2			“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่าย ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็น หนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้ง ในการทำงาน ดำเนินไปด้วย ความราบรื่นสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการทำงาน ร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้ เกิด ความคิด ความเข้าใจ ตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงาน ให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และ
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	(2)			
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผลการ สื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผลการ	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				กิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย	(2)			
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม	(2)			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับ ประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีม กับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบ วงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม			สัมภาษณ์/สอบถามการ สร้างการมีส่วนร่วมกับ ภาควิชาเครือข่าย/ภาพถ่าย หลักฐานในดำเนินงาน ร่วมกัน/ระบบงานที่เกิด	การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการ ที่ทำให้บุคคล สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วน ดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึง วัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบ ความคิดจากบุคคลภายนอกหรือ องค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วน ร่วมในการดำเนินงานกิจกรรม ใน ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือ ทุกขั้นตอน
	- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการ จัดระบบดูแลสุขภาพ	0		จากการมีส่วนร่วมและ บทบาทของภาควิชา เครือข่ายต่างๆที่มาร่วม ในการดำเนินการ	
	- ชุมชนภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมใน กระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและ ยังไม่มีผลการประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของ ประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็น ทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่าง ครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการ จัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม	2			
	2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน	(2)		สอบถามวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์กับชุมชน/ ผลการประเมินความพึง พอใจ/การวิเคราะห์ผล/ การปรับปรุงวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์และ ปรับปรุงในประเด็นที่ไม่ พึงพอใจ	ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของ มนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับ แต่ละบุคคลว่าจะมีความ คาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด อย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความ ตั้งใจมากและได้รับการ ตอบสนองด้วยดีจะมีความพึง พอใจมากแต่ในทางตรงกันข้าม อาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็น อย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการ ตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก
	มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความ คิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่ พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือ ร้องเรียน มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไข อย่างได้ผลและทันทั่วทั้งที่ ลดความไม่พึงพอใจ มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
	- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัด ความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีการจัดการข้อ ร้องเรียน	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร	1			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/	2			
	ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วทั้งที่ ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
รวมคะแนน		10			

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.1. การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการงาน (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2)	(1)		สัมภาษณ์/สอบถาม /เอกสาร ในการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร	“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
	มีการจัดระบบบริหารบุคลากรรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่โดยกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการ มีวิธีการสรรหาว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนาบุคลากร				การจัดระบบการ บริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผน การจ้างงานและความก้าวหน้า	0			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	1			
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3)	(1)		ผลการประเมินความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และ ความผาสุกของหน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งานพันธกิจ และวิสัยทัศน์ ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากรหรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วยช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้าง
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความ ผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	- ไม่มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร	0			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการจัดบรรยากาศ และ สภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบ สนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรใน องค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และ แรงจูงใจใน การ ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความ ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	1			ความสัมพันธ์ การสร้าง ความพึงพอใจ การ เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การ สร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม บุคลากรที่มีความพึงพอใจ และความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของ องค์กร งานที่ได้รับ มอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางของ องค์กร และมีความ รับผิดชอบต่อความสำเร็จ ของงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความพึง พอใจของบุคลากร ควร พิจารณาประเด็นเรื่อง ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า ในตำแหน่งงาน การแก้ไข ปัญหาและข้อร้องเรียน การ พัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ ทำงาน ภาระงาน การ สื่อสาร ความร่วมมือ การ ทำงานเป็นทีม ความมั่นคง ในงาน
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.3 ระบบการพัฒนาและ การเรียนรู้ของ บุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3) จัดให้มี ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มี การค้นหาความจำเป็น และความต้องการใน การฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของ การดำเนินการพัฒนาตาม ที่กำหนด	(1)		พิจารณาจากผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละ คน และผลการดำเนินงานของ องค์กร/สัมภาษณ์รูปแบบและ วิธีการสร้างการเรียนรู้ของ บุคลากร/การจัดการเรื่อง ความก้าวหน้าของบุคลากร	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และ พัฒนา การประเมินและ ปรับปรุงวิธีการทำงาน การ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร	0			ภายนอกองค์กร อาจเป็น การฝึกอบรมระหว่างการทำงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหา ความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการ พัฒนาตาม ที่กำหนด	1			
	3.4 ระบบการ ประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร (ใช้ประเมินในส่วนที่ 3)	(1)		พิจารณาจาก	
	มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			1. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ระดับบุคคล (Individual Scorecard) โดยผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา 3) คณะกรรมการพิจารณา กลั่นกรองผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐานและความเป็นธรรม 4) หลักเกณฑ์การประเมินและผลการประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5) ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลจูงใจ และ การบริหารงานบุคคล เรื่องอื่น ๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษา แนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
	- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	0			
	- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.5 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) (ใช้ประเมินในส่วนที่ 4)	(2)		พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผู้รับบริการ (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การลดอาหาร) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน /การ	การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) หมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคน หรือการปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองเป็น กระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและ
	มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งใน สถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูล สุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้			ดำเนินการในการดูแลสุขภาพของชุมชน	ส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบ ค้นหาโรคและการรักษา ขั้นตอนด้วยตนเอง
	- ไม่มี การประเมิน	0			<u>เพนเดอร์</u> (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแล
	- มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน	1			ตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำ ในวิถีทางของ
	- มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวใน การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้	2			ตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน
รวมคะแนน		6			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการ

ดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึง บริการเชิงรุก เชิง รับ และช่องทาง การสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายบริการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหา ชุมชน (ODOP)														(1)		สัมภาษณ์/ ตามรายการ ให้บริการตาม ประเด็น ODOP	การจัดบริการตามสภาพ ปัญหาของชุมชน (ODOP) หมายถึง การจัดการที่ สอดคล้องกับประเด็น ODOP	
ODOP..... <i>(ติดตามประเมินทุกข้อตาม ประเด็นปัญหาของพื้นที่)</i>														1				
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)														(7)		สัมภาษณ์/ ตามรายการ ให้บริการในสถาน บริการตามแผนก ต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ	การให้บริการในสถาน บริการ หมายถึง การ จัดบริการภายในหน่วย บริการที่จัดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ	
4.2.1 OPD														1				
4.2.2 ER														1				
4.2.3 ANC														1				
4.2.4 WCC														1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน	คะแนน	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทาง การสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)		Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายบริการที่สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)		เต็ม	ที่ได้		
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.2.5 NCD															1			
4.2.6 แผนไทย															1			
4.2.7 ทันตกรรม															1			
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)															(2)		สัมภาษณ์ / ตามรอย กระบวนการ ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการใน ชุมชน	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชนโดย ออกไปให้บริการในชุมชน
4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care															1			
4.3.2 SRRT : Surveillance and Rapid Response Team															1			

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.1 OPD และ 4.2.5 NCD (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด (สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E – Chart)			
(11) ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมี แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น การบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึก ข้อมูล แนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณี ไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็น ถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนยา ออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็น ต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น การ เทียบเคียง เป็นต้น			
(13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD)			

หมายเหตุ

1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) = มี

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) = มี

- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่			
1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)			
1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย) และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ			
1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
2. ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐาน และมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้			
1. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
2. วัดส่วนสูงเครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มียาความดันโลหิตสูง)			
3. หูฟัง			
4. เครื่อง Droptone			
5. สายวัดระดับมดลูก			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ไม่มี Droptone = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพ เอกสาร แผ่นพับ			
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก			
4. วัดความยาว/ส่วนสูง			
5. วัดรอบศีรษะ			

- หมายเหตุ
- ครบทุกข้อ = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี
 - ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้ สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. เครื่องฟังตรวจ (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข่า			
8. สายวัด			
9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
10. ถังมือยาง			
11. ผ้าปิดจมูก			

- หมายเหตุ
- มีครบทุกข้อ (1 – 11) = มี
 - มีข้อ 1 – 7 = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทักษะ (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(2) มียูนิททำฟัน ทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้ 2.1 ระบบแสงสว่าง โดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(4) มีเครื่องบั่นอมัลกัม			
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง สำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)			
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			

- หมายเหตุ 1. *** เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้ ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 – 6 = ไม่มี
2. มี 1 – 8 = มี
3. มี 1 – 6 = มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันเลือด			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข้า			
(8) เครื่องตรวจน้ำตาล			
(9) เตียง Fowler			
(10) เครื่อง suction mobile			
(11) Oxygen Home therapy			

- หมายเหตุ
- LTC มีข้อ 1 – 8 = มี
 - LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8 = ไม่มี
 - Palliative care มีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี
 - Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.2 การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก (SRRT : Surveillance and Rapid Response Team)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย			
1. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture)			
2. กระดาษกรองซับเลือด เพื่อส่งตรวจไขเลือดออก			
3. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP			
4. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ให้ข้อมูล ☐ กศค./อสค. ☐ ผู้รับบริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร			
2. ท่านดูแลและแนะนำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างไร			
3. ท่านได้รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. ผู้รับผิดชอบละแวกบ้านเป็นประจำอย่างไร			
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน อย่างไร			
5. ท่านเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาครัวเรือนและหมู่บ้านของท่านต่อ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไร			
6. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3 อ 2 ส อย่างไร			
7. ท่านแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร			
8. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังลด ละ เลิกบุหรี่หรือสุรา อย่างไร			
9. ท่านคอยเตือนคนในครอบครัวให้ไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
10. ท่านมีการให้คำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว หรือผู้ที่ต้องดูแลเด็กพาเด็กไปตรวจพัฒนาการตามเวลาอย่างไรและมีคำแนะนำให้ครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการที่บ้านอย่างไร			
11. ท่านแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตรงตามเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
12. ท่านประเมินความสามารถและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก อย่างไร			
13. ท่านดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการ 3 อ เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร			
14. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้ดูแลรักษาสุขภาพฟันตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อย่างไร			
15. ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร			
16. ท่านสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
17. ท่านสามารถเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ที่มีไข้สูงได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
18. ท่านมีบทบาทช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง หรือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร			
19. ท่านมีการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก อหิวาต์ ร่วง อย่างไร			
20. ท่านมีความรู้หรือแนะนำเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือยาที่ผิดกฎหมายที่ขายในชุมชนแก่คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านอย่างไร			
21. ท่านสามารถอธิบายบทบาทของทีมงานครอบครัวในการสนับสนุนการทำงาน			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
ของท่านได้อย่างถูกต้องอย่างไร			
22. ท่านได้ประสานงานกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมเป็น ทีมหมอครอบครัวอย่างไร			
คะแนนรวม (ผ่าน = 1 คะแนน/ไม่ผ่าน = 0 คะแนน)			

(ร่าง) แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ตัวชี้วัดกลางงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)		
1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่		
1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์		
1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)		
1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)		
1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) โรคอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)		
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
3. ตัวชี้วัดเขต (จาก HDC)		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		

5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	(1)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย	สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มี การสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้ อาจเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ	
1.1 การจัดการองค์ความรู้					
- ไม่มี	0				
- มี	1				
1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	(1)				
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0				
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1				
2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ชัดเจน		
- มีผลลัพธ์	0				
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1				
3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย		
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0				
- ชุมชน ผู้รับบริการ สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1				
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้	2				
คะแนนรวม	5				

ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม
 สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (24 แห่ง)
 ข้อมูลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ณ วันที่ 27 ก.ค.59

สคร.	ชื่อ รพศ., รพท., รพช. ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ			ผลการประเมิน ปี 2558-2559	
	จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	การจัดบริการอาชีวอนามัย	การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สคร. 1	เชียงราย		รพช.แม่สาย		
			รพช.เชียงแสน		
			รพช.เชียงของ	(รอผลประเมิน)	
สคร. 2	ตาก	รพท.แม่สอด		✓	✓
			รพช.พบพระ	(รอผลประเมิน)	
			รพช.แม่ระมาด		
สคร. 5	กาญจนบุรี	รพท.พหลพลพยุหเสนา			
สคร. 6	ตราด		รพช.คลองใหญ่		
	สระแก้ว	รพท.อรัญประเทศ			
			รพช.วัฒนานคร		
สคร. 8	หนองคาย	รพท.หนองคาย			
			รพช.สระใคร		
	นครพนม	รพท.นครพนม		✓	✓
			รพช.ท่าอุเทน		
สคร. 10	มุกดาหาร	รพท.มุกดาหาร		✓	✓
			รพช. ห้วยใหญ่		
			รพช. ดอนตาล		
สคร. 12	สงขลา		รพช.สะเดา		
			รพช.ปาดังเบซาร์		
	นราธิวาส	รพท.นราธิวาสราชนครินทร์			
		รพท.สุไหงโกลก			
			รพช. ตากใบ	✓	
			รพช. แว้ง		
			รพช. ยี่งอ	✓	
รวม	10	8	16		

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขต
พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... วันที่รายงาน.....
ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
กลุ่มงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

ลำดับ	รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	ผ่านเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อมฯ	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
รวม	แห่ง	แห่ง	
ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ		ร้อยละ.....	

ตัวชี้วัดที่ 67 ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

รายงานสรุปผลการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย

รายการ	ข้อบ่งใช้	จำนวนครั้งที่มารับ คำแนะนำ	สถานะ
ยาสมุนไพร			
แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน	บรรเทาอาการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	3	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว
ยาอมสมุนไพรดอกขาว	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

ตัวชี้วัดที่ 71 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ

แบบที่ 1 แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบที่ 1 เป็นแบบประเมินความสำเร็จในการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยดำเนินการประเมินในไตรมาสที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2559) และไตรมาสที่ 4 (กรกฎาคม 2559) ของปีงบประมาณ

เขตสุขภาพที่.....

ประเด็นการประเมิน	มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน
ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกำลังคน		
1. มีการจัดประชุมผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนกำลังคนเพื่อจัดทำแผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
2. มีการประชาสัมพันธ์/วิพากษ์ (ร่าง) แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ		
ส่วนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผนกำลังคน (HRP)		
<u>ระดับที่ 1</u>		
3. มีการปรับปรุงฐานข้อมูลในระบบ HROPS ในแต่ละจังหวัด ให้มีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%		
<u>ระดับที่ 2</u>		
4. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด		
4.1 จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร		
4.2 ช่วงอายุของบุคลากร		
4.3 ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
4.4 อัตราการสูญเสียของบุคลากร		
4.5 อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร		
5. มีการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง (Demand) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการและเขตสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 3</u>		
6. มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคน ในเขตสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร		
<u>ระดับที่ 4</u>		
7. มีการวางแผนการผลิต สรรหา และพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ		
<u>ระดับที่ 5</u>		
8. มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล ของเขตสุขภาพ		

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ตัวชี้วัดที่ 72 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์
เป้าหมายที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
1.การวางแผนการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ	5	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวน และศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/ วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ		
	4	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ		
	3	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ		
	2	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ		
	1	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสาย งาน) ในทุกระดับบริการ		
2.การสร้างความร่วมมือด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100		
	4	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
	3	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60		
	2	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40		
	1	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขต สุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20		
3.การบริหารงบประมาณด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	5	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100		
	4	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90		
	3	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80		
	2	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 70		
	1	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60		
4.การบริหารจัดการด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	5	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการ ของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
	4	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการ ของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย		
	3	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการ ของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย		
	2	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการ ของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย		
	1	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการ ของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ ได้
5.การประเมินผลกระทบระบบ การบริหารจัดการการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขต สุขภาพ	5	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของ ภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลน บุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ใน ระดับเขต)		
	4	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลน บุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ใน ระดับเขต)		
	3	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลน บุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ใน ระดับเขต)		
	2	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลน บุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ใน ระดับเขต)		
	1	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลน บุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ใน ระดับเขต)		

ตัวชี้วัดที่ 73 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด: ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับบริการ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....ผู้รวบรวม
ข้อมูล

1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับ Excellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการ พัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับ การพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับ การพัฒนา
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			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ต้องการ พัฒนา(แผน)	จำนวนที่ได้รับ การพัฒนา(ผล)	ร้อยละที่ได้รับ การพัฒนา
	2.นักทรัพยากรบุคคล			
	3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี			
	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

ตัวชี้วัดที่ 83 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
 แบบรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (คิดเป็นร้อยละ) ในภาพจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

แบบรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (คิดเป็นร้อยละ) ในภาพจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

[illegible]

* CC : อาการสำคัญ

แบบรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพข้อมูลผู้ป่วยใน (คิดเป็นร้อยละ) ในภาพจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ชื่อหน่วยบริการ	เกณฑ์คุณภาพข้อมูล IPD										ร้อยละ	คะแนนคุณภาพ การให้รหัส (ร้อยละ)
	DS1	DS2	Hx	PE	Progress	OP	OB	Nurse	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		

* DS1 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, DS2 = Discharge Summary ส่วนอื่น, Hx = บันทึก ประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note, Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึก การคลอด, Nurse = Nurses' Note

ภาคผนวก

ค

(Small Success)

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

ของ นายแพทย์โสภณ เมฆธน ตำแหน่ง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
P&P Excellence								
1. การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 80	(P=Partnership, I= Investment, R=Regulation , A=Advocacy, B=Building capacity) P : สร้างการมีส่วนร่วมภาคีภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นการใฝ่เรียนรู้ของเด็กด้วยการอ่านเล่นนิทาน การเล่น ศิลปะ ดนตรี และฝึกภาษาที่ 2 ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล (Head : ใฝ่เรียนรู้) I : ประสานแหล่งเงินทุน(UNICEP สปสช.OKMD WHO สสส.)เพื่อ	ส่วนกลาง				
				1. พัฒนามาตรฐานระบบบริการ MCH คุณภาพ2. เสนอ(ร่าง) พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ...เข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีและสนช. 3. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น: การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม	1.เยี่ยมเสริมพลัง (Coaching)โดยส่วนกลาง(ทีมผู้ตรวจและทีมกรมอนามัย) ศูนย์อนามัย 2. อบรมปฏิบัติการ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประจำโรงพยาบาล หลักสูตรเร่งรัด 3. อบรมที่มหาวิทยาลัยระดับเขต เพื่อบัณฑิตการอบรมครูพี่เลี้ยงเด็กศูนย์เด็กเล็ก 4. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก (DSPM)	1. สุ่มประเมินโรงพยาบาล ตามมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพ 2. การเก็บข้อมูล ภาคสนามการสำรวจ สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 (DENVER II) และ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว 3. มีพรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ...	1. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ20 2. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 3. เด็กมีพัฒนาการ สมวัย ร้อยละ 85 4.รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 (DENVER II) 5. ต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (3เดือน-2ปีครึ่ง) จำนวน 77 แห่ง	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			พัฒนารูปแบบ โรงเรียนพ่อแม่ การผลักดัน กฎหมาย Code milk การปรับ มาตรฐานอนามัย แม่และเด็กของ หน่วยบริการ การ พัฒนาเด็กปฐมวัย) R : 1) ใช้กลไก คณะกรรมการแผน บูรณาการ/ กรรมการ- อนุกรรมการ พัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ-จังหวัด และMCH Board กำกับ ติดตามการ ดำเนินงาน และ จัดบริการที่ได้ มาตรฐาน เข้าถึง บริการเท่าเทียม (Health : สุขภาพ ดี สูงสมส่วน)				6. โรงพยาบาลผ่าน การประเมินมาตรฐาน ระบบบริการอนามัยแม่ และเด็กคุณภาพ ร้อยละ 60	
				<u>เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ.รพท.</u>				
				1. ประชุม คณะกรรมการส่งเสริม การพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัดและหรือ MCH board เพื่อ ขับเคลื่อนงานและมี รายงานการประชุม 2. มีแผนงาน/โครงการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยตามบริบทปัญหา ของพื้นที่ 3. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัด กรองพัฒนาการ หากพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 4. ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์	1. ให้ความรู้ ฝึกทักษะตาม มาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ให้กับ หญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มี บุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ฝึกดุช่องปาก นอน และ กระตุ้นให้สมัครรับข้อความสั้น ตามโครงการ SMSครอบครัว ผูกพันเฉลิมพระเกียรติพระ นางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ 2. พัฒนาสถานบริการ สาธารณสุขตามมาตรฐาน บริการอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพ (Safe motherhood and baby friendly Hospital) และให้สถาน บริการประเมินตนเอง แล้ว ส่งผลการประเมินมายังกรม	1. ส่งเสริมให้พ่อแม่ หรือผู้ เลี้ยงดูใช้สมุดสีชมพูในการ ดูแลสุขภาพตนเองและ เด็ก 2. จังหวัดคัดเลือกพื้นที่ ต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัย เตาะแตะ (3 เดือน-2ปี ครึ่ง) ประจำจังหวัดละ 1 แห่ง 3. จังหวัดมีต้นแบบมุมเล่น ตามรอยพระยุคลบาทฯ ใน WCC อย่างน้อย 1 แห่ง 4. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัดกรอง พัฒนาการ หากพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	1. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ(DSPM) และ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อย กว่า ร้อยละ20 2. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามและ ประเมินพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 3. เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 4. จังหวัดมีต้นแบบศูนย์ เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (3เดือน-2ปีครึ่ง)	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			2) ใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อเสนอเชิงนโยบายขับเคลื่อนส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ./ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560) A : สร้างการสื่อสารสาธารณะ ในรูปแบบที่	และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ฝ้าดูช่องปาก นอน และกระตุ้นให้สัมผัสรับข้อความสั้น ตามโครงการ SMSครอบครัวผูกพันเฉลิมพระเกียรติ พระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ	3. สร้างการมีส่วนร่วมภาคีภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นให้เกิดการเฝ้าเรียนรู้ของเด็ก โดยจัดกิจกรรม อ่าน เล่น ทาน เล่น ศิลปะ ดนตรี และฝึกภาษาที่ 2 ในศูนย์เด็กเล็กและ รร.อนุบาล 4.ประสานศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และเทศบาล เพื่อจัดทำโครงการส่งเสริมทักษะความเป็นเลิศตามความถนัดและความชอบของเด็กปฐมวัย 5. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนหากพบพัฒนา การสงสัยล่าช้าติดตามกระตุ้นพัฒนาการ			
			หลายหลาย เช่น SMS E-book Application เป็นต้น B : 1) สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ	อำเภอ/รพ.พื้นที่				
				1. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	1. ให้ความรู้การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ฝ้าดูช่องปาก นอน /กระตุ้นให้สัมผัสรับข้อความสั้น ตาม	1. ส่งเสริมให้พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพตนเองและเด็ก 2. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัดกรอง	1. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ(DSPM) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			แม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน (Heart : ดี มีวินัย) 2) ส่งเสริมทักษะความ เป็นเลิศ ตามความ ถนัดและความชอบ ของเด็กปฐมวัย (Hand : มีทักษะ)	2. ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำ กว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดู ช่องปาก นอน และ กระตุ้นให้สมัครรับ ข้อความสั้น ตามโครงการ SMSครอบครัวผูกพัน เฉลิมพระเกียรติพระนาง เจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ	โครงการ SMSครอบครัว ผูกพันเฉลิมพระเกียรติ พระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ และจัดกิจกรรมโรงเรียน พ่อแม่ในสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับ 2. พัฒนาสถานบริการ สาธารณสุขตามมาตรฐาน บริการอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพ (Safe motherhood and baby friendly Hospital) และให้สถาน บริการฯประเมินตนเอง แล้ว ส่งผลการประเมินมายังกรม อนามัย เพื่อรับการสุ่ม ประเมิน	พัฒนาการ หากพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	2. เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามและ ประเมินพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ90 3. เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	
	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ร้อยละ 51	(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity) P : พัฒนาตำบล ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ส่วนกลาง				
				1. ประกาศนโยบายเด็ก ปฐมวัยสูงดีสมส่วน 2.จัดทำแนวทางการ ดำเนินงานตำบลส่งเสริม เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนว ทางการดำเนินงาน	1. สื่อสารความสำคัญของเด็ก สูงดีสมส่วนและส่งข้อความสั้น (sms) เรื่องอาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีนธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริม ธาตุ เหล็กให้แก่ หญิงตั้งครรภ์และ พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	1. สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วนอาหารแม่ และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิกยาน้ำ เสริมธาตุเหล็ก กิจกรรม ทางกาย การนอนและ ข้อความสั้น (sms) โฆษณาการให้แก่หญิง	1. สื่อสารความสำคัญ ของเด็กสูงดีสมส่วน อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ด ไอโอดีนธาตุเหล็ก กรดโฟลิกยาน้ำเสริม ธาตุ เหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอนและข้อความสั้น (sms) โฆษณาการให้แก่	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			(อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอน) ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย I : ขับเคลื่อนงานผ่าน สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุน สุขภาพตำบล และ ภาคเอกชน R : ผลักดันและ ขับเคลื่อนนโยบาย โภชนาการ 2,500 วันแรก และ นโยบายดีมีนม แห่งชาติ A : ส่งเสริมการสื่อสาร สาธารณะและ สร้างกระแสสังคม เพื่อส่งเสริมเด็ก	จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ อานามัยสตรีและเด็ก ปฐมวัยด้านโภชนาการ (อาหารแม่และเด็ก ยา เม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยา น้ำเสริม ธาตุเหล็ก) และ สุขภาพช่องปากใน เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานส่งเสริม เด็กไทยสูงดีสมส่วนแก่ เขตสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และ ศูนย์อนามัยตามแนว ทางการค้า 4. จัดทำเนื้อหาการ สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วนอาหารแม่ และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การ นอน		ตั้งครรภ์และพ่อแม่/ ผู้ เลี้ยงดูเด็กที่มีลูกอายุต่ำ กว่า 6 ปี	หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีลูกอายุต่ำ กว่า 6 ปี 2. ประเมินผลการนำ Application ไปใช้	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>อายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพฟัน) โดยผ่าน social marketing, social media และ national campaign</p> <p>B : พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการกำกับ ติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของ</p>	<p>5. จัดทำ Application เฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กด้วยตนเอง และสื่อสารการนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>6. สื่อสารข้อความสั้น (sms) โฆษณาการ (อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรด โฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีลูกอายุต่ำกว่า 6 ปี</p>				
				เขตสุขภาพ/จังหวัด				
				<p>1. ถ่ายทอดนโยบายเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ให้แก่พื้นที่ทุกระดับ</p> <p>2. จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับนโยบาย</p>	<p>ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีนโยบายเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรีและเด็กรับทราบนโยบายพร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิดตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยทุกตำบล</p>	<p>ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีนโยบายส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรีและเด็กรับทราบนโยบายพร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิดตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน</p>	<p>ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีนโยบายส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรีและเด็กรับทราบนโยบายพร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการพัฒนาให้เกิดตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5</p>	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
						ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกตำบล	ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยทุกตำบล	
			ชุมชน และท้องถิ่น B : ส่งเสริมและ สนับสนุนการ จัดบริการส่งเสริม สุขภาพอนามัยสตรี และเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพช่อง ปากและ โภชนาการ (อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำ เสริมธาตุเหล็ก) โดยใช้กลไก เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	อำเภอ/ตำบล/ระบบบริการ				
				ร้อยละ 10 ของกลุ่มเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสตรีและเด็กปฐมวัย ด้านโภชนาการและสุขภาพ ช่องปาก	ร้อยละ 20 ของจังหวัด มีตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0- 5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุก อำเภอ อย่างน้อยอำเภอ ละ 1 ตำบล 2.ร้อยละ 30 ของกลุ่ม เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) จัดบริการส่งเสริม สุขภาพอนามัยสตรีและ เด็กปฐมวัยด้านโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 50 ของจังหวัด มีตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0- 5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยทุกอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล 2. ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) จัดบริการส่งเสริม สุขภาพอนามัยสตรีและ เด็กปฐมวัยด้านโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก		
	3. อัตราการคลอดมี ชีพในหญิง อายุ 15- 19 ปี	42	(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)	ส่วนกลาง				
				1. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1. มีการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. มีการแต่งตั้งคณะทำงาน ภายใต้คณะอนุกรรมการ	1.มีร่างยุทธศาสตร์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่าน ความเห็นชอบจาก คณะรัฐมนตรี	1.มีการรายงานผลการ ดำเนินงานขับเคลื่อนการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			P R A : ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องและการทำงานในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม - P R A : ผลักดันยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ผ่านความเห็นชอบจากกรม. - R : เร่งรัดให้กระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องออกกฎกระทรวงหรืออนุบัญญัติอื่น	2.มีการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 4.มีการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ระดับเขตและจังหวัด	ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	2. มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้แก่วัยรุ่นและเยาวชน	2. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	
				เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)				
				1. จังหวัดเข้าร่วมการประชุมพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอ	1.ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของอนุกรรมการฯ	1. มีการเยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	1. มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>ภายใต้ พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุกรรมในวัยรุ่น</p> <p>- P : เร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุกรรมในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>B : พัฒนาระบบ</p>	<p>อนามัยการเจริญพันธุ์ระดับเขตและจังหวัด</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p>	<p>2.มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุกรรมในวัยรุ่นในระดับเขต</p> <p>3.ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาล ในเขตรับผิดชอบให้ดำเนินงานตามมาตรฐานYFHS ฉบับบูรณาการและอำเภอมีการดำเนินงานตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p>		<p>2. มีแผนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุกรรมในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>-อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมายเขตสุขภาพ</p>	
			<p>บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่หลากหลายครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่น</p> <p>I : ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรในการ</p>	<u>อำเภอ/รพช/รพท/รพศ ระดับพื้นที่</u>				
				<p>1. โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ</p> <p>2. อำเภอมีการพัฒนาและบูรณาการดำเนินการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ</p>	<p>1. โรงพยาบาล และอำเภอที่ยังไม่ผ่านการประเมิน ส่งแบบประเมินตนเอง และแจ้งจังหวัดเพื่อขอรับการประเมิน</p>	<p>1. โรงพยาบาลและอำเภอที่ผ่านการประเมินรับแจ้งผลการประเมินจากศูนย์อนามัย และนำข้อเสนอแนะรวมทั้งโอกาสการพัฒนามาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน</p>	<p>1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS ฉบับบูรณาการมากกว่าร้อยละ 80</p> <p>2. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าร้อยละ 70</p>	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			ดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น A : สร้างการสื่อสาร	info graphic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ				
			สาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ	หมายเหตุ สามารถคิดอัตรารายได้ตามที่ได้โดยใช้เป้าหมาย 42/1000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ทั่วประเทศ เนื่องจากอัตราการคลอดมีชีพไม่ใช้การหาอัตราสะสม แต่เป็นอัตราการคลอดในช่วงเวลานั้นๆ โดยในแต่ละไตรมาส สามารถปรับตัวหารด้วยการเฉลี่ยจำนวนประชากรเป็น ทุก 3 เดือน จึงคิดคำนวณอัตราในรอบ 3, 6, 9 และ 12 ได้คงที่ เช่น ในรอบ 3 เดือน ตัวหารเท่ากับจำนวนประชากรกลางปีเฉลี่ย 3 เดือน (จำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี คูณ 3 เดือน หารด้วย 12 เดือน)				
	4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 50	(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity) P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและ	ส่วนกลาง				
				- มีคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. 7x7 - มีคณะกรรมการขับเคลื่อน PA และ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S	- ออกกฎระเบียบ/จัดทำคู่มือและมาตรฐาน การดำเนินงาน - ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทีมประเมิน - มีแผนบูรณาการ 3 S ในกระทรวง	- มีระบบฐานข้อมูล - มีกฎระเบียบ/คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงาน - มีแผนบูรณาการ 3 S ร่วม 4 กระทรวงหลัก - ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง	- มีช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่าย - มีรายงานผลการดำเนินงานข้อเสนอเชิงนโยบาย LTC / 3S	
				เขตสุขภาพ สสจ./รพศ./รพท.				
				- มีคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. ในระดับเขต 5x5	- สนับสนุนการดำเนินงาน - มี CM 1,740 คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่	- มี CM 2,610 คน - จัดสรรงบประมาณ แก่พื้นที่	- มี CM 3,480 คน - จัดสรรงบประมาณ แก่พื้นที่	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			คณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	- มีคณะกรรมการระดับจังหวัด - ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CM	- มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้เทคนิคค่ากลาง (ฉบับอนุพจนร นนทสุต)			
			ผู้สูงอายุคุณภาพ	ระดับอำเภอ (DHS)/พื้นที่				
			I : ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	-มีคณะกรรมการระดับพื้นที่/ กรรมการกองทุน LTC -ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CG	- มี CG 6,960 คน -สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุตาม Care plan ร้อยละ 30-59 - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 35	-มี CG 10,440 คน -ดูแลผู้สูงอายุตามCare plan ร้อยละ 60-70 - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40	- มี CG 13,920 คน - ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 80 – 100 -ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50	
			R : ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ					
			A : สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็น					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			สังคมแห่งความ กตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ B : พัฒนานโยบาย การดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security) อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไก การเงินจาก สปสช.					
2. การป้องกัน ควบคุมโรค	5. ร้อยละของตำบล จัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ 80	<u>มาตรการที่ 1</u> การ สร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการ ดำเนินการออกและ บังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือ มาตรการทางสังคม ในการจัดการ	ร้อยละ 5 11 ตำบล	ร้อยละ 30 63 ตำบล	ร้อยละ 55 115 ตำบล	ร้อยละ 80 168 ตำบล ดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการ <u>และมี</u> ผลการ ดำเนินงานตามกิจกรรม สำคัญดังนี้ 2.1 ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรอง	เขต สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9 และ 10

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>สิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา สุนัข (ตามเอกสารสนับสนุนหมายเลข 1) ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจจุงจาระรักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อ</p>				<p>โดยการตรวจจุงจาระและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 80 (80,000 ราย จากทั้งหมด 100,000 ราย)</p> <p>2.2 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ร้อยละ 80 (128,000 ราย จากทั้งหมด 160,000 ราย)</p> <p>2.3 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 80 (640 ราย จากทั้งหมด 800 ราย)</p>	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>มาตรการที่ 3 การ รักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัด กรองมะเร็งท่อน้ำดี ใน ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตรา ซาวด์ หากสงสัยมะเร็ง ท่อน้ำดี ดำเนินการส่ง ต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป</p> <p>มาตรการที่ 4 การ ดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัด หรือรักษาแบบ ประคับประคองผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัย มะเร็งท่อน้ำดี และให้ การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย</p> <p>มาตรการที่ 5 การ สื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการ ดำเนินงานจัดกิจกรรม รณรงค์ และสร้าง</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			กระแสวิจัยในการลด เลิก การบริโภค ปลาดิบ					
	6. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และ กลับมาเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	มาตรการที่ 1 เร่งรัดการค้นหาผู้ติด เชื้อวัณโรคและผู้ป่วย ในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ในการดำเนินงานค้นหา ผู้ป่วยวัณโรค 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประชากรกลุ่มเสี่ยงและ อำเภอที่คัดกรองเชิงรุก โดยคัดเลือกจากอำเภอที่มี จำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุด จำนวน 3 อำเภอ/จังหวัด หรือ 231 อำเภอ	1. มีการวิเคราะห์ สถานการณ์และข้อมูล ประชากรกลุ่มเสี่ยง เป้าหมาย รวมถึง วิเคราะห์ช่องว่าง(GAP) ปัญหาและอุปสรรคของ การดำเนินงานค้นหา ผู้ป่วยวัณโรค 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประชากรกลุ่มเสี่ยงและ อำเภอที่คัดกรองเชิงรุก โดยคัดเลือกจากอำเภอที่มี จำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุด จำนวน 3 อำเภอ/จังหวัด หรือ 231 อำเภอ	ร้อยละ 50 ของอำเภอ เป้าหมายได้รับการคัดกรอง เชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (116 อำเภอ)	ร้อยละ 80 ของอำเภอ เป้าหมายได้รับการคัด กรองเชิงรุกในประชากร กลุ่มเสี่ยง (185 อำเภอ)	1. อำเภอเป้าหมายทุก แห่งได้รับการคัดกรองเชิง รุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (231 อำเภอ) 2. ร้อยละของการค้นพบ ผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (คาดประมาณจำนวน ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ ตรวจพบ 89,917 ราย ใน ปี 2560 (ประเทศ))	
			มาตรการที่ 2 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ วัณโรคและผู้ป่วยตาม มาตรฐานให้หายและ กินยาครบ 2.1. การเร่งรัดการ รายงานและความ	1. มีการวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแล รักษาผู้ป่วยวัณโรค ระบบ การบันทึกและรายงาน ผู้ป่วยวัณโรคในระดับ พื้นที่ รวมถึงช่องว่างและ ปัญหา	ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการ บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วย วัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM 2010หรือ โปรแกรม TBCM Online	ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ ชุมชน) มีการบันทึกและ รายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่าน โปรแกรม TBCM 2010หรือ โปรแกรม TBCM Online	โรงพยาบาลทุกแห่ง (ศูนย์/ ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึก และรายงานข้อมูลผู้ป่วย วัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM 2010หรือ โปรแกรม TBCM Online	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			ครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค	2. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM 2010หรือ โปรแกรม TBCM Online				
			2.2. การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate)	<ul style="list-style-type: none"> มีการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม รวมถึงช่องว่างและปัญหา กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) 	อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 2 ปีงบประมาณ 2560 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 3 ปีงบประมาณ 2560 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	
				หมายเหตุ 1. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+)				

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				2. ช่วงเวลาในการประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) คือ ไม่เกิน 15 วัน หลังสิ้น ไตรมาสที่ 2 , 3 และ 4				
			2.3. การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค(QTB)	<ul style="list-style-type: none"> มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในระดับพื้นที่ ผลการประเมินมาตรฐานQTB รวมถึงช่องว่างและปัญหา กำหนดโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เพื่อประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี 2560จำนวน 3 โรงพยาบาล/จังหวัด หรือ 231 โรงพยาบาล 	1.ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB ในปี 2560 (116 โรงพยาบาล)	ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB ในปี 2560 (185 โรงพยาบาล)	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่งได้รับการประเมินมาตรฐานQTB ในปี 2560 (231 โรงพยาบาล) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTB 	
			2.4. การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)	<ul style="list-style-type: none"> มีการวิเคราะห์ผลการประเมินมาตรฐาน QTBP รวมถึงช่องว่างและปัญหา กำหนดเรือนจำ เป้าหมายที่การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)ในปี 2560 จำนวน 1 เรือนจำ/จังหวัด หรือ 77 เรือนจำ 	ร้อยละ 40 ของเรือนจำ เป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐานQTBP ในปี 2560 (31 เรือนจำ)	ร้อยละ 80 ของเรือนจำเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐานการ QTBPในปี 2560 (62 เรือนจำ)	<ul style="list-style-type: none"> เรือนจำเป้าหมายทุกแห่งได้รับการประเมินมาตรฐานการ QTBPในปี 2560 (77 เรือนจำ) ร้อยละ 50 ของเรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานQTBP ในปี 2560 	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				หมายเหตุ 1. การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) • โรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) ที่มีผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี 2559 จะนับว่าผ่านการประเมินในปี 2560 • การกำหนดโรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เป้าหมายในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี 2560 เลือกจากโรงพยาบาลที่ผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี 2559 อย่างน้อย 3 โรงพยาบาลต่อจังหวัด 2. การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) • เรือนจำที่มีผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี 2559 จะนับว่าผ่านการประเมินในปี 2560 • การกำหนดเรือนจำเป้าหมายที่ประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี 2560 โดยเลือกเรือนจำ 1 แห่งต่อจังหวัด • กรณีในจังหวัดที่มีเรือนจำเป้าหมายที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงมีขนาดปัญหาของผู้ป่วยสูง สามารถเลือกเรือนจำเป้าหมายมากกว่า 1 แห่งต่อจังหวัดได้ 3. การคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง คัดเลือกจากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดจำนวน 3 อำเภอ/จังหวัด 4. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. ที่มาของข้อมูลจากเอกสาร (ร่าง) แผนงานวัณโรค สำนักวัณโรค, เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค ปี 2560 (17 มิถุนายน 2559)				
	7. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	1. มาตรการบริหารจัดการ 2. มาตรการข้อมูล 4 I 3. มาตรการป้องกัน ACDR 4. มาตรการรักษา	จำนวนไม่เกิน 2,997 คน	จำนวนไม่เกิน 6,201 คน	จำนวนไม่เกิน 9,209 คน	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	8. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	1. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 2.5 ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ 2559 2. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 5.0 ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ 2559	1. ลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยง (กรมอนามัย คร. สบส.) - การรณรงค์สื่อสารสาธารณะ เช่น การส่งเสริมการรับประทานผักผลไม้ ลดเค็ม หวาน ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ วันเบาหวานโลก วันความดันโลหิตสูงโลก - การบังคับใช้กม. บุหรี่ สุรา - โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เพื่ตัดให้องค์ราชันย์ 2. ป้องกันระดับชุมชน (กรม สบส. คร. กรมอนามัย) - การดำเนินงานแผนงานลดเสี่ยงในชุมชน(สถานประกอบการ ตำบลจัดการสุขภาพ)	- คัดกรอง DM, HT อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง $\geq 50\%$	- คัดกรอง DM, HT อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง $\geq 80\%$	- คัดกรอง DM, HT อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง $\geq 90\%$	1. คัดกรอง DM, HT อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง $\geq 90\%$ 2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ 2.5 (จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 390,000 คน) 3. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลงร้อยละ 5.0 (จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 190,000 คน)	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงาน มาตรการควบคุม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์รอบ สถานศึกษา - การพัฒนาผู้นำ สุขภาพในจังหวัด <p>3. ป้องกันในสถาน บริการสาธารณสุข (สป. กรมการแพทย์ กรมอนามัย สบส. คร. สุขภาพจิต)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรอง DM, HT ประเมินความเสี่ยง และให้คำปรึกษาลด เสี่ยง - การจัดบริการปรับ พฤติกรรมลดเสี่ยง - สนับสนุนเครื่องมือ <p>1) ชุดมาตรฐานการ บริการป้องกัน ควบคุมโรคDM,HT</p> <p>2) คู่มือการประเมิน คุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			4. ด้านข้อมูลและเฝ้าระวัง (สป.(สนย. HDC.) คร.) - พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้องครบถ้วน และเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างอำเภอ จังหวัด และเขต					
3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงคุ้มครองผู้บริโภค	9. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ 80	เฝ้าระวังความปลอดภัยผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
				<ul style="list-style-type: none">มีคณะทำงานแก้ไขปัญหาคาความไม่ปลอดภัยอาหารมีทีม SAT แบบบูรณาการด้านอาหารมีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผนติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	<ul style="list-style-type: none">โครงสร้างของระบบข้อมูลการเฝ้าระวังมีแนวทางการแจ้งเตือนภัยและจับสัญญาณความเสี่ยงดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผนติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	<ul style="list-style-type: none">มีการทดลองนำเข้าข้อมูลการเฝ้าระวังทดลองระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหารดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของแผนติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	<ul style="list-style-type: none">คู่มือการปฏิบัติงานของระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหารแผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				เขตบริการสุขภาพ				
				<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับเขตบริการสุขภาพ ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผน ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและจัดส่งข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
				<ul style="list-style-type: none"> มีแผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ของแผน รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ของแผน รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด 	
	10. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 95	การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ทีมคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนกลาง และจังหวัด (ทีม SAT) 3. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 9 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				3.1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง 6 มิติ 3.2 หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง 3.3 ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน 4. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่				
			การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	5. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 6. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100		
	11. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	ร้อยละ 92	1. ด้านส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด 1.1 ดำเนินการโครงการ To Be Number One อย่างจริงจังต่อเนื่อง	88	90	92	92	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>1.2. รณรงค์สร้างความรู้ให้ประชาชน และเยาวชน เรื่องโทษของยาเสพติด</p> <p>1.3. สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด ในสถานศึกษาสถานประกอบการและชุมชน ตามกลไกประชารัฐ</p> <p>2. ด้านคัดกรองบำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีคุณภาพมาตรฐานให้ครอบคลุมและทั่วถึง</p> <p>2.1 ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการค้นหา เน้นกลไกประชารัฐ</p>	<p>- ร้อยละ 100 ของสถานบริการตั้งแต่ระดับ รพ.สต.ขึ้นไป จัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด</p>	<p>- ร้อยละ 50 ของค่ายศูนย์ช่วยเหลือฯ โรงเรียนวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>- ร้อยละ 100 ของสถานบริการตั้งแต่ระดับ รพ.สต.ขึ้นไป จัดบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด</p>	<p>- ร้อยละ 50 ของค่ายศูนย์ช่วยเหลือฯ โรงเรียนวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข</p>	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>2.2 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. รพ. อัญญาภิรักษ์สังกัด กรมการแพทย์ และรพ.สังกัดกรม สุขภาพจิต ดำเนินการคัด กรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วย ยาเสพติด</p> <p>2.3 กำกับ ดูแล มาตรฐาน ของ หน่วยบริการภาคี เครือข่าย เช่น ค่ายฯ เป็นต้น</p> <p>3. การลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)</p> <p>3.1 รพ.สต.รพช. รพท. รพศ. รพ. อัญญาภิรักษ์สังกัด กรมการแพทย์ และรพ.สังกัดกรม สุขภาพจิต ดำเนิน มาตรการลด</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>อันตรายจากการใช้ยาเสพติด</p> <p>4. มีกลไกการดำเนินงานยาเสพติด</p> <p>4.1 จัดตั้งหน่วยงานยาเสพติดระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอรพศ. รพช. รพท.</p> <p>4.2 ใช้กลไก ศปสอ. สปสจ.</p> <p>4.3 ร่วมกับคณะอนุกรรมการฟื้นฟูระดับจังหวัด กำกับดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด</p>					
4. การดูแลสิ่งแวดล้อม	12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ร้อยละ 75	(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)	โรงพยาบาล				
				ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลมีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>P : สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอย่างบูรณาการและผลักดันให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านBest practices ทั้งเครือข่ายรพ.และชุมชน</p> <p>I : สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนาและขับเคลื่อนงาน โดยใช้แหล่งทุนจากทุกแหล่งที่เป็นไปได้</p> <p>R : สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายเพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการ</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			จัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital อย่าง เป็นรูปธรรม A : ส่งเสริมให้เกิด กลไกการบริหาร จัดการเชิงนโยบาย ที่เข้มแข็งระดับ กระทรวง ขับเคลื่อนให้เกิด การพัฒนา โรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital B : เสริมสร้างทักษะ ความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ ความรู้ ด้านการ จัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมแก่ জন.ทุกระดับ					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
Service Excellence								
5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	13. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	จัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน (381 /424 ทีม) ร้อยละ 11.72	1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการและโครงสร้าง PCC 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ 3. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 4. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และอภิบาลระบบ	ส่วนกลาง				
				1. เสนอแผนยุทธศาสตร์ปฐมภูมิ เข้า ครม. 2. ของบกลาง: สำนักงานฯ/ครม. (150 บาท/ประชากร) 3. จัดตั้งคณะกรรมการ PCC (อำนวยการ/คณะทำงาน) 4. ร่วมกับ สปช. วางแผนผลิต/อบรมพยาบาลและสหสาขา	1. อบรมระยะสั้นแพทย์เพื่อปฏิบัติงานใน PCC 2. วางแผน ร่วมกับราชวิทยาลัยในการตรวจประเมินรพ ในสังกัดให้สามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ 3. พัฒนาระบบข้อมูล (IT)เพื่อประสานการทำงานเครือข่าย PCCกับ รพ แม่ข่าย Thai COC	ระบบ กำกับ ติดตาม/คุณภาพ PCC	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCC	
				เขตสุขภาพ				
				1. คณะกรรมการ PCC เขต 2. แผนจัดตั้ง PCC/ผลิตบุคลากร. (ปี 60 และต่อเนื่อง 10 ปี)โดยใช้เกณฑ์ 1ทีม/ ปชก10,000 คน 3. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนระดับเขต	ติดตามกำกับการจัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 6.52 (212 ทีม) (ร้อยละ 50)	ติดตามกำกับการจัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 9.78 (318 ทีม) (ร้อยละ 75)	ติดตามกำกับการจัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 11.72 (381 ทีม) (ร้อยละ 90)	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
				จังหวัด				
				1. แผนจัดตั้ง PCC/แผน อบรมบุคลากร 2. คณะกรรมการPCC ระดับจังหวัด	จัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 6.52 (212 ทีม) (ร้อยละ 50)	จัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 9.78 (318 ทีม) (ร้อยละ 75)	จัดตั้ง PCC ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 11.72 (381 ทีม) (ร้อยละ 90)	
6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	14. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่าร้อยละ 7	1. พัฒนาศักยภาพหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ 100, ระดับ S ร้อยละ 60 2. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการความรู้ (Benchmarking) 3. ผลិតสื่อและประชาสัมพันธ์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนทุกเขตทั่วประเทศ 4. พัฒนารฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง	-	ร้อยละ 7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	15. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 28 ต่อแสนประชากร	เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ติดต่อกับประชาชนโดยตรง	-	28	28	ไม่เกิน 28	
	16. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 80	1. พัฒนาศักยภาพการให้ยาเคมีบำบัด 2. ติดตามการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดโดย Thai Cancer Based (TCB) จาก 12 เขตสุขภาพ 3. พัฒนาด้านรังสีรักษาและการเข้าถึงบริการร่วมกับสมาคมวิชาชีพ	- 1. จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมศัลยแพทย์การให้เคมีบำบัด 2. จัดทำการเก็บข้อมูลทะเบียนมะเร็งแบบ Full Scale Registerชี้แจงการเชื่อมข้อมูลทะเบียนมะเร็ง- ติดตั้งโปรแกรมในพื้นที่ (รพ. ระดับ A 7 แห่ง, S8 แห่ง) 3. download ติดตั้งระบบ Thai cancer based: TCBและระบบส่งต่อโรคมะเร็ง TCB-refer12 เขตสุขภาพ	80 1. อบรมศัลยแพทย์ในการให้เคมีบำบัด 2 ครั้ง 2. สำรวจการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทะเบียนมะเร็ง (Thai Cancer Based) ติดตั้งโปรแกรมในพื้นที่(รพ.ระดับ A 7 แห่ง S8 แห่ง) ต่อเนื่อง เผยแพร่ข้อมูลขึ้น Web 30 % 3. ลงข้อมูลวันที่เริ่มฉายรังสีใน TCB(11 เขตสุขภาพ)เชื่อมข้อมูลส่งผ่าน website ให้ต้นสังกัดทราบระยะเวลา รอคอยรังสีรักษาระหว่างรพ.มะเร็ง กรมการแพทย์และเขตสุขภาพประชุมแนวทางแก้ไขปัญหาด้านรังสีรักษา ระหว่างกรมการแพทย์และเขตสุขภาพ	- 1. ติดตาม ประเมินผลผู้ผ่านการอบรม 2. ติดตามและการใช้โปรแกรม Thai Cancer Basedเน้นในเขต 3, 7, 8 เผยแพร่ข้อมูลขึ้น Web60 % 3. เกิดเครือข่ายบริการรังสีรักษาภายในเขตสุขภาพอย่างเป็นระบบ (11 เขตสุขภาพ) โดยผ่าน TCB-refer	80 1.สรุปและประเมินผลโครงการ 2. ประเมินประสิทธิภาพการใช้งานโปรแกรมทะเบียนมะเร็ง (Thai Cancer Based)เผยแพร่ข้อมูลขึ้น Web 100 % 3. สรุปผลการดำเนินงานศูนย์รังสีรักษาด้วยระบบ TCB-refer	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	17. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	อัตราตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับลดลง ร้อยละ 5 ภายใน 5 ปี (วัดผลในปี 2564) - ในปี 2560 ลดลง 24.9 ต่อประชากรแสนคน	1. จัดทำแผนการป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 2. การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี 3. เสริมสร้างศักยภาพของการตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดมะเร็งตับและ TACE	-	-	24.9	น้อยกว่า 24.9	
	18. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	1. กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนของแต่ละหน่วยบริการ 2. สนับสนุนและพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีความรู้ความมั่นใจในแนวทางดูแลช่วยเหลือ 3. สนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีในแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 1.5 ต่อประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 3 ต่อประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 4.5 ต่อประชากรแสนคน)	รายงานอัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน)	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>ดูแลช่วยเหลือ และติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ แก่หน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ</p> <p>4. พัฒนารฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายเป็นระดับประเทศให้สามารถสะท้อนข้อมูลที่ครอบคลุมและทันสมัย</p> <p>5. นิเทศติดตามระบบการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายให้ดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>6. สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่พัฒนานวัตกรรม หรือ Best Practice</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	19. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4ml/min/1.73m ² /yr	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr ≥ร้อยละ 65	การขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในรพ.ระดับ F3 และการเพิ่มศักยภาพคลินิกชะลอไตเสื่อมและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย CKD ในชุมชน		มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ของผู้ป่วย CKD > ร้อยละ 90 ของรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป		- มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ของผู้ป่วย CKD ร้อยละ 100 ของ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml /min/1.73m ² /yr≥65%	
	20. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ 80	1. มาตรการการป้องกัน - สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงาน อสม./อสค. (กรม คร.) - การประเมิน CVD Risk ในกลุ่มประชาชนทั่วไป (กรม สบส.) 2. มาตรการค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ CVD - ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการได้รับการประเมิน CVD Risk	1. ผู้ป่วยDM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินCVD Risk ร้อยละ 20	1. ผู้ป่วยDM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ 40	1. ผู้ป่วยDM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินCVD Risk ร้อยละ 60 2. สรุปผลการประเมิน CVD Risk รอบ 6 เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในเขตบริการที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินCVD Risk ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินCVD Risk ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นเร่งด่วน ร้อยละ 60 3. กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ในข้อ 2) มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลง ≥ ร้อยละ 10	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			3. มาตรการการจัดการหลังการประเมิน - ผู้ป่วย DM HT ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นร้อยละ 60% ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง (CVD Risk) ซ้ำ และจำนวนกลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงลดลง $\geq 10\%$ - การพัฒนาศักยภาพ CM SM NCD (กรม คร.) 4. มาตรการกลไกระบบบริหารจัดการ - ขับเคลื่อนการประเมิน CVD Risk ผ่านคลินิก NCD คุณภาพ และสำนักตรวจราชการ					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของการประเมิน CVD Risk ในฐานข้อมูลของ HDC - ระบบติดตามประเมินผล 					
	21. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด	1. การคัดเลือก จัดหา และบริหารจัดการให้มีเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสม มีคุณภาพไว้ใช้ในสถานพยาบาล 2.การให้มีการสั่งใช้ยา และจ่ายยาอย่างสมเหตุผล 3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล	มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีกิจกรรมส่งเสริม RDU	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	<u>RDU</u> รพ.RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด <u>AMR</u> - รพ. ระดับ A, S และ M1 มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในโรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
7. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและ	22. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	ร้อยละ 70	1. พัฒนากลไกการจัดการ ECS ระดับชาติ ระดับพื้นที่และระดับหน่วยงาน	1. กลไก ECS ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและ รพ.ที่ได้รับการจัดตั้ง พร้อมกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน	3. บุคลากรทุกระดับ ทีมสนับสนุน ECS คุณภาพ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ICS/ HOPE / MERT/Mini MERT/CLS	5. รพ.หน่วยงาน จังหวัด เขต และกระทรวง แต่ละแห่งมีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ ตลอดจนประเมิน	7. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
ระบบ การส่งต่อ			<p>2. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานตาม ECS เป็นคู่มือหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินการและการประเมิน โดยบูรณาการเข้ากับระบบ HA</p> <p>3. เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับและทีมสนับสนุนระบบคุณภาพ ECS รวมถึงการจัดทำแผนกำลังคน</p> <p>4. เชื่อมโยงและขยายเครือข่ายการดำเนินงาน ECS กับครอบครัวภาคีรัฐภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เขต และกระทรวง แต่ละแห่งมีแผนรองรับภัยสุขภาพด้านต่างๆ และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ ตลอดจน</p>	<p>2. คู่มือหลักเกณฑ์ ได้รับความจัดทำเรียบร้อยพร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกระดับ</p>	<p>4. เครือข่าย ECS ทุกภาคส่วนมีการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่มุ่งเน้น ปี 60</p>	<p>ประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุที่เชื่อมกับ ER คุณภาพอย่างไร้อยู่ต่อและมีประสิทธิภาพ</p> <p>6. ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS /PHER / PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง/ ตลอดจนถึงระบบของประเทศ</p>		

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			ประเมิน ประสิทธิภาพของ หน่วยงาน ณ จุด เกิดเหตุ ที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ อย่าง ไร้รอยต่อและมี ประสิทธิภาพ 6. จัดตั้ง/พัฒนาระบบ ฐานข้อมูล เพื่อใช้ ติดตามกำกับ วางแผน และ บูรณาการเชื่อมโยง กับระบบ ICS/PHER/ PHEOC ภายใน จังหวัด/เขต/ กระทรวง/ตลอดจน กับระบบของ ประเทศ					
8. การพัฒนา คุณภาพ หน่วยงาน บริการด้าน สุขภาพ	23. ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	1.ร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาล	๑.ให้มีกลไกการ สนับสนุนมาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาล ในระดับ กรม เขต สุขภาพ จังหวัด ๒.ให้สสจ. เป็นกลไก หลักระดับจังหวัดใน	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต ร้อยละ 96.97	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการ แพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง)	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการ แพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อย ละ 100.00 (165 แห่ง จาก	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
		สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต 2. มากกว่าร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน	การวางแผนสนับสนุน ขับเคลื่อนการดำเนินงานคุณภาพมาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ ๓.ให้มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลในระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ ๔.ให้ดำเนินการ 2P safety อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง	(160 แห่ง จาก 165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 72.18 (563 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.87 (584 แห่ง จาก 780 แห่ง)	2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 77.44 (604 แห่ง จาก 780 แห่ง)	165 แห่ง) 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)	
	24. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 10	1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับเขต, สสจ., สสอ. เพื่อเป็นพี่เลี้ยง รพ.สต.ในการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว 2. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการใช้เครือข่ายใน	มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว (Kick Off)	ทีมประเมินระดับเขตสุขภาพ ชี้แจงการดำเนินงานและพัฒนาทีมประเมินระดับจังหวัด/อำเภอ	รพ.สต.ร้อยละ 100 มีการนำเกณฑ์คุณภาพไปประเมินตนเอง	รพ.สต.ผ่านการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 (9,780 แห่ง)	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>ระดับพื้นที่ ทุกภาคส่วนเพื่อให้รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <p>3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรพ.สต. เพื่อพัฒนาคุณภาพบุคลากรให้มีคุณภาพตามที่เกณฑ์การประเมินกำหนด</p> <p>4. จัดอบรมผู้ตรวจประเมินเพื่อทำความเข้าใจในเกณฑ์การประเมิน</p> <p>5. ตรวจประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย บริการดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากร บุคคล เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการ ครอบคลุมประเภท และประชากรทุก กลุ่มวัย เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์โดยวัดจาก กลุ่มเป้าหมายรพ.สต. ทั่วประเทศจำนวน 9,780 แห่ง					
People Excellence								
9. การเพิ่ม ประสิทธิภาพ การบริหาร	25. ร้อยละของ หน่วยงานที่มีการนำ ดัชนีความสุขของ	ร้อยละ 50	สร้างเสริมกลไกการ ขับเคลื่อน อย่างมีเอกภาพและ ประสิทธิภาพ	-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนว ทางการวัดดัชนีความสุขของ คนทำงานและการนำดัชนี ความสุขของคนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมิน ดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 50 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
จัดการ กำลังคน	คนทำงาน (Happinometer) ไปใช้		<p>1. Mechanism : สร้างกลไกการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานทั้งระดับ กระทรวง เขต และ พื้นที่</p> <p>2. MIS : สร้างและ จัดการระบบ สารสนเทศและ เครื่องมือให้ใช้งานง่าย เข้าถึงง่าย ใช้ ประโยชน์ได้ ปลูกฝังค่านิยมร่วม และ การสร้างสุขในองค์กร</p> <p>1. Operate knowledge เสริมสร้างความรู้ใน การปลูกฝังค่านิยม ร่วมและการสร้างสุข ในองค์กร ฝังรากในระบบบริหาร ผลงาน</p> <p>1. Performance Management : นำ คุณลักษณะ MOPH</p>			รายบุคคลมากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนบุคลากร ของหน่วยงานนั้น	(Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>เข้าไปในระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน</p> <p>2. Happy Work Life/ Happy work place ผลักดันให้การดำเนินงานสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการ</p> <p>พัฒนานวัตกรรมและการสื่อสารองค์กร</p> <p>1. KM & Innovation พัฒนาระบบการจัดการความรู้และนวัตกรรม</p> <p>2. Corporate Communications พัฒนาการสื่อสารองค์กรให้มีประสิทธิภาพ</p>					
Governance Excellence								
10. ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพ	26. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 85	ป้องกันการทุจริตในการบริหารราชการแผ่นดิน ผ่านกระบวนการ	ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB3	ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11	ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11	ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1 - EB11	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
การบริหารจัดการภาครัฐ	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)					
11. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	27. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	1.สาเหตุการเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (ill Defined) ไม่เกิน ร้อยละ 25 2. ข้อมูลบริการสุขภาพคุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม ตามเอกสารประเมินคุณภาพข้อมูลที่ถูกต้อง	แนวทางการปฏิบัติ (Knowledge) 1.อบรมพัฒนาศักยภาพ “แพทย์และผู้เกี่ยวข้อง” เกี่ยวกับการให้สาเหตุการตาย 2.อบรมฟื้นฟูนายทะเบียนในการให้สาเหตุการตาย 3.การจัดระบบนิเทศงาน ร่วมกับหน่วยงานวิชาการที่รับผิดชอบในพื้นที่ต่าง ๆ 4.ทำการสุ่มสำรวจข้อมูลที่มีระบบรายงานเพื่อเปรียบเทียบกับระบบรายงานในฐานะข้อมูล 5.บุคลากรในแต่ละกลุ่มงานในหน่วยงานต้องมีความเข้าใจใน	1. VDO Conference เพื่อ M&E และ KM 2.ร้อยละของหน่วยบริการส่งครบถ้วน-ทันเวลาของข้อมูลบริการสุขภาพตามโครงสร้าง 43 แพ้ม มา HDC จังหวัด/กระทรวงไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 3.ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	1. ร้อยละของจังหวัด ที่มีการจัดอบรมและฟื้นฟูคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 2. VDO Conference เพื่อ M&E และ KM 3. ร้อยละของหน่วยบริการส่งครบถ้วน-ทันเวลาของข้อมูลบริการสุขภาพตามโครงสร้าง 43 แพ้ม มา HDC จังหวัด/กระทรวงไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 4.ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	1.VDO Conference เพื่อ M&E และ KM 2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	1.ร้อยละของจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 2.ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3. ร้อยละของจังหวัด ที่มีการจัดอบรมและฟื้นฟูคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
		ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	<p>โครงสร้างและระบบข้อมูลบริการด้านสุขภาพ</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ (Quantity)</p> <p>1.ดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานการส่งออก</p> <p>เพิ่มข้อมูลตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559 และมาตรฐานการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559</p> <p>2. ให้องค์กรระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพทำการตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนหน่วยบริการที่ส่งข้อมูล</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ (Quality)</p> <p>1.จัดตั้ง “ทีมคุณภาพข้อมูล” ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด</p>					

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			<p>2.ดำเนินการตามค่มือมาตรฐานการจัดการความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย พ.ศ. 2559 และการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติสถานพยาบาล พ.ศ.2559</p> <p>3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่จัดเก็บในการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพจังหวัด และอำเภอ</p> <p>4.ออกนิเทศ เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลและการใช้ประโยชน์ข้อมูล</p>					
12. การบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง สุขภาพ	28. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ 8	<p>1. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)</p> <p>2. ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Plan fin Management)</p>	หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 12	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 8	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			3. สร้างประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ (Efficient Management) 4. พัฒนาคุณภาพ ข้อมูลบัญชี (Accounting Audit) 5. สร้างเครือข่าย การเงินการคลัง& พัฒนาศักยภาพ CFO (Network & Capacity Building)					
13. การ พัฒนา งานวิจัยและ องค์ความรู้ ด้านสุขภาพ	29. ร้อยละ ผลงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพที่ให้หน่วยงาน ต่างๆ นำไปใช้ ประโยชน์	ร้อยละ 20	1. ยกระดับ ความสามารถทีม สนับสนุนงานวิจัย (R2R Facilitator) 2. การเพิ่มศักยภาพ กองบรรณาธิการ วารสารวิชาการทาง การแพทย์และ สาธารณสุข 3. เชื่อมโยงและขยาย เครือข่ายการ ดำเนินงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ	1. ยกระดับความสามารถ ทีมสนับสนุนงานวิจัย (R2R Facilitator) 2. เพิ่มศักยภาพกอง บรรณาธิการวารสารทาง การแพทย์และ สาธารณสุข	1. เชื่อมโยงและขยาย เครือข่าย การดำเนินงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ 2. สนับสนุนให้เกิด ผลงานวิจัย/R2Rของ หน่วยงานด้านสุขภาพ 3.จัดทำมาตรฐานการ ปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย	จัดทำระบบฐานข้อมูล วิจัย/ R2R ระดับประเทศ โดยรวบรวมและวิเคราะห์ ผลงานวิจัย/ R2R จาก หน่วยงานในสังกัด กระทรวงฯ เป็นฐานข้อมูล ผลงานวิชาการ	มีความก้าวหน้าในการ ขับเคลื่อน 1. พัฒนางานด้าน ทรัพยากรทางปัญญา 2. เสริมสร้างความร่วมมือ ด้านวิจัยกับภาคเอกชนที่ สอดคล้อง (Matching) 3.ผลงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพที่ให้หน่วยงาน ต่าง ๆนำไปใช้ประโยชน์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			4. สนับสนุนให้เกิดผลงานวิจัย/ R2R – ของหน่วยงานด้านคุณภาพ 5. พัฒนางานด้านทรัพย์สินทางปัญญา 6. ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลวิจัย/ R2R ระดับประเทศ 7. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย(SOPs) 8. เสริมสร้างความร่วมมือด้านวิจัยกับภาคเอกชนที่สอดคล้อง(Matching)					
14. ปรับโครงสร้างและการพัฒนาการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	30. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ 30.1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา	≥ ระดับ 4	1. กำหนดเวลาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายต่าง ๆ ให้กระชับ 2. กำหนดปฏิทินในการปรับปรุงหรือร่างกฎหมายใหม่ให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด	กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทินและแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 75	กรมที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมเกี่ยวกับกฎหมายร้อยละ 50 กฎหมายกลุ่ม 1 มีความพร้อมร้อยละ 60	กฎหมายกลุ่ม 1 ผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมายและกฎกระทรวง มีการประกาศใช้บังคับ กฎหมายกลุ่ม 1 จำนวน 1 ฉบับ กฎหมายกลุ่ม 2 จำนวน 4 ฉบับ กฎหมายกลุ่ม 3 จำนวน 5 ฉบับ	

ประเด็น	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มาตรการ	Small Success				หมายเหตุ
				3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
			3. ให้นิติกรสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีส่วนร่วม ในการแก้ไขกฎหมาย แต่ละกรมตั้งแต่ ครั้งแรก					
	30.2 ร้อยละ ความสำเร็จของการ บังคับใช้กฎหมายครบ องค์ประกอบที่กำหนด ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดทั่ว ประเทศ	ร้อยละ 90	1. พัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมายให้มี ประสิทธิภาพ 2. จัดการบังคับใช้ กฎหมายด้าน สาธารณสุขอย่างมี ระบบ 3. ให้ความรู้และ ติดตามผ่านระบบ VDO Conference	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	

รายชื่อหน่วยงานที่ร่วมจัดทำ

1. กรมการแพทย์
2. กรมควบคุมโรค
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6. กรมสุขภาพจิต
7. กรมอนามัย
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
14. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
17. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
19. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
21. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
22. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
23. สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี

บรรณาธิการ

ดร.นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
พญ.มานิตา	พรรณวดี	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ดร.มะลิวัลย์	ยีนยงสุวรรณ	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
นายสมลักษณ์	ศิริชื่นวิจิตร	นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นางสาวกฤติยา	สุขพัฒนานกุล	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นายถิรภัทร์	ประกอบการ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
นางสาวศรสวรรค์	คงเจริญ	นักวิชาการสถิติ
นางสาวโศรดา	ปัทมวัลย์	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
นางสาวสุภาพรรณ	ชุมมุง	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ

