

สรุปตัวชี้วัดที่แก้ไข เปรียบเทียบกับ Template วันที่ 15 ธันวาคม 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.มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์</p> <p>5.มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (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> <p>ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p> <p>ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p> <p>- ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 และ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน</p>		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							

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวสิริพร มนยฤทธิ์		นักวิชาการสาธารณสุข
	_____		กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
	_____		การแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957		โทรศัพท์มือถือ : 085-7038850
	โทรสาร : 02-2062957		E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com
	โรงพยาบาลราชวิถี		
	1. นางสาวจิรภัทร์ เยียวยา		นักวิชาการสาธารณสุข
			กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
			การแพทย์
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2062957		โทรศัพท์มือถือ : 085-6971650
โทรสาร : 02-2062957		E-mail : coeplus.rajavithi@gmail.com	
โรงพยาบาลราชวิถี			
2. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ		รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357		โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334	
โทรสาร : 02-9659851		E-mail : pattarawin@gmail.com	
3. นายปวิช อภิบาลกุล		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	
		สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352		โทรศัพท์มือถือ :: 085-9594499	
โทรสาร : 02-5918279		E-mail : moeva_dms@yahoo.com	
กรมการแพทย์			

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	31.2 (กรมอนามัย)	22.4 (ค่าคาดประมาณWHO)	24.26
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็กกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904418 โทรศัพท์มือถือ : 081-9081761 โทรสาร : 02-5904427 Email: wutmd39ju@hotmail.com</p> <p>2. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904426 โทรศัพท์มือถือ : 085-6613064 โทรสาร : 02-5904427 E-mail : Jinpat2503@gmail.com</p> <p>3. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-4425 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904427 E-mail : noi_55@hotmail.com</p> <p>กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย</p>				

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 เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน —โครงสร้าง 43 แฟ้ม 2. ศูนย์อนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มจากระบบรายงาน HDC				
แหล่งข้อมูล	หน่วยสถานบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	ร้อยละ	78.2 72.8 (Denver II กรมอนามัย)	78.4 (DSPM สดป. คัดกรองใน เด็กอายุ 42 เดือนและ ไม่ได้ติดตาม)	90.6 (DSPM สดป. คัดกรองในเด็กอายุ 9 18 30 42 เดือน และรวมติดตาม)
หมายเหตุ : ข้อมูล ปี 57 , 58 ไม่มีการติดตาม วิธีการคำนวณข้อมูล แตกต่างกับ ปี 59					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สถาบันพัฒนาอเนกวัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางกิติมา พัวพัฒนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579 โทรสาร : 02-5904407				
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : puapat@yahoo.com				

	<p>2. นางสาวณัชชา เปรมประยูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904579 โทรศัพท์มือถือ : 088-3089055</p> <p>โทรสาร : 02-5904407 E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th</p> <p>สถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย</p>
--	--

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) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (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 รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยาได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี</p> <p>ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1) ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p> <p>2) จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางการ และการนอนสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>

	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	ร้อยละ 63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-			-	112

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลัก ของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุกๆ 1 ปี โดยการสุ่มชั้นน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัด —ทุกจังหวัด
----------------------	--

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
—ประกาศนโยบายเด็ก ปฐมวัยสูงดีสมส่วน —จัดทำและสนับสนุน เครื่องมือการดำเนินงาน ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน —ประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานส่งเสริม เด็กไทยสูงดีสมส่วนแก่ เขตสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และ ศูนย์อนามัย	—ร้อยละ 10 ของจังหวัดมี การถ่ายระดับเรื่อง นโยบาย เด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับและ บุคลากรสาธารณสุขทุก คนรับทราบ —สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงดีสมส่วน	—ร้อยละ 20 ของจังหวัดมี การถ่ายระดับเรื่อง นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับและ บุคลากรสาธารณสุขทุก คนรับทราบ —ร้อยละ 10 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	—ร้อยละ 30 ของจังหวัดมี การถ่ายระดับเรื่อง นโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับและ บุคลากรสาธารณสุขทุก คนรับทราบ —ร้อยละ 20 ของจังหวัด สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

จัดทำการสื่อสาร ความสำคัญของเด็กสูง ตีส่วน		อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน	อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีส่วน
---	--	--	---

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53	ร้อยละ 54
สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงตี ส่วน ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานส่งเสริม เด็กไทยสูงตีส่วน สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน	ร้อยละ 40 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตี ส่วน ร้อยละ 30 ของ จังหวัดสร้างองค์กร ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตี ส่วน อย่างน้อย ตำบล ละ 1 แห่ง ร้อยละ 10 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงตีส่วนทุก อำเภอ สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน	ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตี ส่วน ร้อยละ 40 ของ จังหวัดสร้างองค์กร ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตี ส่วน อย่างน้อย ตำบล ละ 1 แห่ง ร้อยละ 20 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงตีส่วนทุก อำเภอ สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน	ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ นโยบายเด็กปฐมวัยสูงตี ส่วน ร้อยละ 50 ของ จังหวัดสร้างองค์กร ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตี ส่วน อย่างน้อย ตำบล ละ 1 แห่ง ร้อยละ 30 ของจังหวัด สร้างครอบครัวนัก โภชนาการส่งเสริมเด็ก ปฐมวัยสูงตีส่วนทุก อำเภอ สื่อสารความสำคัญของ เด็กสูงตีส่วน ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีส่วน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57
สนับสนุนเครื่องมือการ ดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงตี ส่วน	ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ	ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ	ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่ บุคลากรสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ

<p>ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>การดำเนินงานส่งเสริม</p> <p>เด็กไทยสูงที่สุดส่วน</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p>	<p>นโยบายเด็กปฐมวัยสูงที่สุด</p> <p>ส่วน</p> <p>ร้อยละ 60 ของจังหวัด</p> <p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก</p> <p>0-5 ปี สูงที่สุดส่วน อย่าง</p> <p>น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>ร้อยละ 40 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริมเด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p>	<p>นโยบายเด็กปฐมวัยสูงที่สุด</p> <p>ส่วน</p> <p>ร้อยละ 70 ของจังหวัด</p> <p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก</p> <p>0-5 ปี สูงที่สุดส่วน อย่าง</p> <p>น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>ร้อยละ 50 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริมเด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p>	<p>นโยบายเด็กปฐมวัยสูงที่สุด</p> <p>ส่วน</p> <p>ร้อยละ 80 ของจังหวัด</p> <p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก</p> <p>0-5 ปี สูงที่สุดส่วน อย่าง</p> <p>น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>ร้อยละ 60 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริมเด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p> <p>ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-</p> <p>5 ปี สูงที่สุดส่วน</p>
--	---	---	---

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	ร้อยละ 59	ร้อยละ 60
<p>สนับสนุนเครื่องมือการ</p> <p>ดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงที่</p> <p>ส่วน</p> <p>ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>การดำเนินงานส่งเสริม</p> <p>เด็กไทยสูงที่</p>	<p>ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่</p> <p>บุคลากรสาธารณสุขที่</p> <p>เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบ</p> <p>นโยบายเด็กปฐมวัย</p> <p>สูงที่ ส่วน</p> <p>ร้อยละ 90 ของจังหวัด</p> <p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-</p> <p>5 ปี สูงที่สุดส่วนอย่างน้อย</p> <p>ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>ร้อยละ 70 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริม เด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p>	<p>ร้อยละ 100 ของจังหวัด</p> <p>สร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-</p> <p>5 ปี สูงที่สุดส่วน อย่าง</p> <p>น้อย ตำบลละ 1 แห่ง</p> <p>ร้อยละ 80 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริมเด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p>	<p>ร้อยละ 90 ของจังหวัด</p> <p>สร้างครอบครัวรัก</p> <p>โภชนาการส่งเสริมเด็ก</p> <p>ปฐมวัยสูงที่สุดส่วนทุก</p> <p>อำเภอ</p> <p>สื่อสารความสำคัญของ</p> <p>เด็กสูงที่สุดส่วน</p> <p>ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-</p> <p>5 ปี สูงที่สุดส่วน</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 61	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63
<p>สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูง</p> <p>ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดี-มีส่วนร่วม</p> <p>สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีมีส่วนร่วม</p>	<p>ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วนร่วม</p> <p>ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วนร่วมทุกตำบล</p> <p>สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีมีส่วนร่วม</p>	<p>ร้อยละ 20 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วนร่วมทุกตำบล</p> <p>สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีมีส่วนร่วม</p>	<p>ร้อยละ 30 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วนร่วมทุกตำบล</p> <p>สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีมีส่วนร่วม</p> <p>ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีมีส่วนร่วม</p>
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และรายงานผลพร้อมแผนการพัฒนา ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไตรมาสที่ 2, 3 และ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและรายงานผลพร้อมแผนการพัฒนา ส่งให้ศูนย์อนามัยไตรมาสที่ 2, 3 และ 4 ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและรายงานผลพร้อมข้อเสนอแนะ ส่งให้ส่วนกลางไตรมาสที่ 2, 3 และ 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย 		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีมีส่วนร่วม ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) มาตรการสำคัญและชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 		

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 ~~4 พ.ศ.2551-2552~~ **5 พ.ศ.2557-2558

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสุพจน์ รื่นเรืองลิ้น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supot.r@anamai.mail.go.th
	2. นางสาวอารียา กูโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339	นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
ระยะเวลาประเมินผล	<p>วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (พ.ค., มิ.ย.) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (ต.ค., พ.ย.) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ม.ค.</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน) และคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง</p> <p>3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค. , พ.ย., ธ.ค.</p> <p>ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ม.ค. 2560</p> <p>3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค. , มิ.ย., ก.ค.</p> <p>ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2560</p>

	<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) ประวัติเจ็บป่วยรอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล</p> <p>4.4 มีรายงานการส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงไปยังสถานบริการสาธารณสุข และจัดส่งรายงานตามระบบ</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>
--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	64	ร้อยละ	64	64 62.6	63.9 64.2
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	-	ร้อยละ	-	5.2	-
เด็กอายุ 5-6-14 ปี เริ่มอ้วน และอ้วน	17.0	ร้อยละ	8.8	9.5	12.4 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

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>2. นางสาวไจรัก ลอยสงเคราะห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339</p> <p>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>	<p>นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th</p> <p>นักโภชนาการปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th</p>
--	---	---

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<div> <div> 1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339 </div> <div> นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th </div> </div> <div> <div> 2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรสาร : 02-5904339 </div> <div> นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th </div> </div> <p>กลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ</p> <p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <div> <div> 3. นายชัยชนะ บุญสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรสาร : 02-5904339 </div> <div> นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : chaichana.b@anamai.mail.go.th </div> </div> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <div> <div> 4. นางสาวสุรีย์รัตน์ พิพัฒน์จารุกิตต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรสาร : 02-5904339 </div> <div> นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sureerat.pi@anamai.mail.go.th </div> </div> <p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p>
---	---

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)								
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 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td></tr><tr><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>52</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	52
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)						
15	30	45	52						
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td></tr><tr><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>54</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	54
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)						
15	30	45	54						
ปี 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td></tr><tr><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>56</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	56
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)						
15	30	45	56						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td></tr><tr><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>58</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	58
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)						
15	30	45	58						
ปี 2564 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)</td><td>รอบ 12 เดือน (Cavity free)</td></tr><tr><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>60</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)	15	30	45	60
รอบ 3 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 6 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 9 เดือน (บริการทันตกรรม)	รอบ 12 เดือน (Cavity free)						
15	30	45	60						

วิธีการประเมินผล :	<p>สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)</p> <p><u>โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 ดังนี้</u></p> <p>5 เดือนแรก (ตุลาคม 2559 –กุมภาพันธ์ 2560) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ</p> <p>ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม</p> <table><tr><th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr><tr><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td></tr></table> <p>5 เดือนหลัง (มีนาคม 2560 –กรกฎาคม 2560) ผลงาน</p> <p>ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)</p> <table><tr><th>ระดับ 1</th><th>ระดับ 2</th><th>ระดับ 3</th><th>ระดับ 4</th><th>ระดับ 5</th></tr><tr><td>50</td><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td></tr></table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	15	20	25	30	35	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	50	51	52	53	54
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
15	20	25	30	35																	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
50	51	52	53	54																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th</p> <p>1. ทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลิ้มศิริ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-4598224</p> <p>โทรสาร: 02-5904203 E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904215 โทรศัพท์มือถือ : 081-7012350</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : ammablue@gmail.com</p> <p>3. นางสาวถิรวรรณ รานวล</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213 โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : namkajeab2012@gmail.com</p> <p>กรมอนามัย</p>																				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. ทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลิ้มศิริ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-4598224</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th</p> <p>2. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904204 โทรศัพท์มือถือ : 081-8028978</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th</p> <p>1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904217 โทรศัพท์มือถือ : 087-4977907</p> <p>โทรสาร : 02-5904203 E-mail : dentdata@gmail.com</p>																				

	<div>2. นางสาวถิรวรรณ รานวล</div> <div>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5904213</div> <div>โทรศัพท์มือถือ : 087-9692995</div> <div>โทรสาร : 02-5904203</div> <div>E-mail : namkajeab2012@gmail.com</div> <div>กรมอนามัย</div>
--	---

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	9. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน					
ปี 2560		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
42		40	38	36	34
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลปีละ 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	
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	-

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904242 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-8866276 E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p>1 นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904166 โทรสาร : 02-5904163</p> <p>2. นางสาวอารีรัตน์ จันทร์ลำภู โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4167 โทรสาร 02-590-4163</p> <p>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 E-mail : am-piyarat@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : 089-7627339 Email : poppysunko.j@gmail.com</p>

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกาย ปกติ 39.64 (ปี 52-BMI ปกติ)	ร้อยละ	39.64 BMI ปกติ	36.43	ไม่มี

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 เดินแอโรบิค จักรยาน การเดิน การวิ่ง รำไม้พลอง การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาต่างๆ 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 - มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่ หรือจากชุมชน - 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
ระยะเวลาประเมินผล	<u>รอบ 12 เดือน</u> (โดยผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของคนไทย ปี พ.ศ.2558) <u>รอบ 48 เดือน</u> (โดยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการของคนไทย ปี พ.ศ. 2558) <u>รอบ 60 เดือน</u> (โดยผลการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลรามาธิบดี. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557)				
วิธีการประเมินผล :	การสำรวจ ด้วยแบบสอบถาม WHO Global Physical Activity Questionnaire: WHO GPAQ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของประชากร ไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้น ไป มีกิจกรรมทางกาย เพียงพอต่อสุขภาพ	ร้อยละ	81	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693 โทรสาร : 02-5904584 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th				

	<p>2. นางณัฐภา กิจสมมารถ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรศัพท์มือถือ : 085-1069629</p> <p>โทรสาร : 02-5904584 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th</p> <p>กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นพ.ฐิติกร โตโพธิ์ไทย นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904587 โทรศัพท์มือถือ : 086-3931693</p> <p>โทรสาร : 02-5904584 E-mail : thitikorn.t@anamai.mail.go.th</p> <p>2. นางณัฐภา กิจสมมารถ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904585 โทรศัพท์มือถือ : 085-1069629</p> <p>โทรสาร : 02-5904584 E-mail : nattaka.c@anamai.mail.go.th</p> <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	<div><ul style="list-style-type: none">- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)<ul style="list-style-type: none">ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพมีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล<p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p><ul style="list-style-type: none">ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพมีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.</div>				
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				

	<p>ร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์</p> <p>2.สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน</p>								
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 = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
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	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27.0 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. นายแพทย์อุดม อัครุตมากร 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 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย </div> </div>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<div> <div> 1. นางอรรณวี อนันตรสุชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรสาร : </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563 E-mail: orawanee.a@anamai.mail.go.th กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย </div> </div>				

แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัด	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	13. ร้อยละของ Healthy Ageing

เกณฑ์เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นหรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59 ร้อยละ 85	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60 ร้อยละ 86	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61 ร้อยละ 87	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 62 ร้อยละ 88	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 63 ร้อยละ 89

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 59 ร้อยละ 85

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 60 ร้อยละ 86

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรอง ร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรอง ครบถ้วน	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่ จากปี 61 ร้อยละ 87

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรองร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรองครบถ้วน	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 62 ร้อยละ 88

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เริ่มแผนดำเนินการคัดกรอง	ดำเนินการคัดกรองร้อยละ 50	ดำเนินการคัดกรองครบถ้วน	อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 63 ร้อยละ 89

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 และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ 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>

	<p>4. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม</p> <p>5. ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</p>
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	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	<p>1. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ</p> <p>2. โปรแกรม TBCM online</p>
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	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p><u>เงื่อนไขการคำนวณ</u></p> <p>1. กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2560</p> <p>2. เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา (Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2560 ในปีนี้จึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา (Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น</p> <p>3. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</p>
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

แนวทางการประเมินผล

1. ระดับสำนักวัณโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพรวมของประเทศ

2. ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในระดับพื้นที่

3. ระดับจังหวัด

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤81	82	83	84	≥85

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ

2.แบบฟอร์ม TB08

3.ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4	ยังไม่ครบกำหนดการประเมินและรายงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์เชวตธรรม นามวาท					

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)																							
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ																							
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ																							
ลักษณะ	Leading Indicator																							
ระดับการวัดผล	จังหวัด																							
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก																							
วิธีการประเมินผล :	<p>ประเมินผลจาก ผลการดำเนินงาน บรรลุตามเป้าหมายที่เกณฑ์ตั้งไว้ในแต่ละปีหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ คะแนน ตามผลการดำเนินงาน โดยให้แต่ละจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการป้องกัน จำแนกรายกลุ่มประชากร</p> <p>โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 ดังนี้</p> <table><tr><td>ผลงานรายปี</td><td>ได้ 1</td><td>ได้ 2</td><td>ได้ 3</td><td>ได้ 4</td><td>ได้ 5</td></tr><tr><td>ปี2560</td><td>คะแนน</td><td>คะแนน</td><td>คะแนน</td><td>คะแนน</td><td>คะแนน</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>81</td><td>83</td><td>85</td><td>87</td><td>89</td></tr></table>						ผลงานรายปี	ได้ 1	ได้ 2	ได้ 3	ได้ 4	ได้ 5	ปี2560	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	ร้อยละ	81	83	85	87	89
ผลงานรายปี	ได้ 1	ได้ 2	ได้ 3	ได้ 4	ได้ 5																			
ปี2560	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน																			
ร้อยละ	81	83	85	87	89																			

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

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 297 จังหวัดเสี่ยงสูง 145+38 อำเภอ 216+209 ตำบล (รวมพื้นที่ปี 2559 84 อำเภอ 84 ตำบล) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ภาคเหนือ 8+6 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ มุกดาหาร สกลนคร กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ นครพนม เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย แพร่ ลำพูนและ สระแก้ว (เขตพื้นที่สุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9, 10)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 209 216 ตำบล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

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 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)								
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ								
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ								
ลักษณะ	Lagging Indicator								
ระดับการวัดผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	18. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี								
เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)									
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>≤ 150 คน</td><td>≤ 300 คน</td><td>≤ 450 คน</td><td>≤ 600 คน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 150 คน	≤ 300 คน	≤ 450 คน	≤ 600 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≤ 150 คน	≤ 300 คน	≤ 450 คน	≤ 600 คน						
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>≤ 135 คน</td><td>≤ 270 คน</td><td>≤ 405 คน</td><td>≤ 540 คน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≤ 135 คน	≤ 270 คน	≤ 405 คน	≤ 540 คน						
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>≤ 120 คน</td><td>≤ 240 คน</td><td>≤ 360 คน</td><td>≤ 480 คน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≤ 120 คน	≤ 240 คน	≤ 360 คน	≤ 480 คน						
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>≤ 105 คน</td><td>≤ 210 คน</td><td>≤ 315 คน</td><td>≤ 420 คน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 105 คน	≤ 210 คน	≤ 315 คน	≤ 420 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≤ 105 คน	≤ 210 คน	≤ 315 คน	≤ 420 คน						
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>≤ 90 คน</td><td>≤ 180 คน</td><td>≤ 270 คน</td><td>≤ 360 คน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 90 คน	≤ 180 คน	≤ 270 คน	≤ 360 คน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≤ 90 คน	≤ 180 คน	≤ 270 คน	≤ 360 คน						

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 รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 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											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด สำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													
แหล่งข้อมูล		จากสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตายของสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข													
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2560 เดือนตุลาคม 59 - กันยายน 60													

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2559											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100,000 (อัตราต่อประชากรแสนคน)											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2560 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน (ลดลง 14% จากค่า median ปี 2553-2555 = 13,819 ราย โดยคิดแยกเป็นรายเดือนในแต่ละไตรมาส)												
<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>จำนวนไม่เกิน 2,997 คน</td><td>จำนวนไม่เกิน 6,201 คน</td><td>จำนวนไม่เกิน 9,209 คน</td><td>ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร</td></tr></table>					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 ต่อแสนประชากร
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 ต่อแสนประชากร									
การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)												
<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>รอบ 5 เดือน</td><td>รอบ 10 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร</td><td>ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร</td><td>ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร</td></tr></table>					ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร
ตัวชี้วัด	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน									
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร									
ปี 2561 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน									
ปี 2562 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน									
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>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน									
ปี 2564 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	-	-	ไม่เกิน 11 ต่อประชากรแสนคน									
วิธีการประเมินผล :		คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2560 ดังนี้										
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน						
		19	18.75	18.5	18.25	18						

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	21.86 ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี53-55)	จำนวน อัตราต่อ ประชากรแสน คน	12,901 ราย (19.96)	11,567 ราย (17.81)	12,388 ราย (18.97)
ที่มา : ข้อมูลฐานมรณบัตรที่ยังไม่ผ่านการ verify กับหนังสือรับรองการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข					

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	20. อัตราผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและ/หรือ เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าเป็น ป่วยจากโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการ ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 390,000 คน	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 380,000 คน	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 370,000 คน	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 360,000 คน	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 350,000 คน
2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 190,000 คน	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 180,000 คน	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 170,000 คน	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 160,000 คน	2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 150,000 คน
<p>—— 1.ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 2.5 ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ 2559</p> <p>—— 2.ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 5.0 ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ 2559</p>				
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.16
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน</p> <p>เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15)</p>			

	2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ — (รหัสโรค ICD10 – E10-E14) ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา								
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานระบบรายงานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A – จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงใน — ทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ 2560 A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ								
รายการข้อมูล 2	B – จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่ม — อายุ ในปีงบประมาณ 2560 B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน ปี 2560 :									
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>-</td><td>อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานใน พื้นที่รับผิดชอบของปี ที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ คำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</td><td>อัตราประชากรกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานใน พื้นที่รับผิดชอบของปี ที่ผ่านมาได้รับการ ตรวจน้ำตาลซ้ำและ คำแนะนำเพื่อ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40</td></tr></table>		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
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 และดื่มควันบุรี									
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
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.28

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.16

วิธีการประเมินผล :

- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง
 - วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน
- ติดตามจากระบบรายงานใน HDC ตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่	คน			
-โรคความดันโลหิตสูง	อัตรา	-	-	400,000
-โรคเบาหวาน		-	-	200,000
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน		-	2.09	2.40

	<p>ที่มา : <u>ฐานข้อมูลระบบรายงาน</u> HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</u></p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น <u>รักษาราชการแทน</u> ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903982 โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911</p> <p>โทรสาร : 02-5903982 E-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>2. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ <u>รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ</u> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903985 โทรศัพท์มือถือ : 081-341-5408</p> <p>โทรสาร : 02-5903982 E-mail : jurekong@gmail.com</p> <p>3. แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์ <u>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข</u> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-59039635- โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911</p> <p>โทรสาร : 02-590396482 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p> <p><u>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</u></p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p><u>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</u></p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</p>	<p><u>1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล</u> <u>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</u> <u>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903974</u> <u>โทรศัพท์มือถือ : 086-3839387</u> <u>โทรสาร : 02-5903972</u> <u>E-mail : ncdplan@gmail.com</u></p> <p><u>กรมควบคุมโรค</u></p> <p>1. แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์ <u>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข</u> โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-59039635 โทรศัพท์มือถือ : 089-515-5911</p> <p>โทรสาร : 02-590396482 E-mail : wsu_1978@hotmail.com</p> <p><u>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</u></p>

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)
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาล ในระบบบังคับบำบัด สถานพยาบาล ในระบบต้องโทษ

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

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> <ol style="list-style-type: none"> 1) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 2) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตาม <ol style="list-style-type: none"> 2.1) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย. (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 2.2) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต <p>ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ผูกเงิน</p>

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	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 9 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.2 หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง		(Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป		
3.3 ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน					
4. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan)					
แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่					
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
5. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 65	3. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ 100			
6. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้	ร้อยละ	94.94	95.22	93.56
	มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)				
	- 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	

หมวด	Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่	1. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	28. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) จำนวน 959 แห่ง

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ที่มี ความพร้อมและมี ศักยภาพ	1. ร้อยละ 60 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1. ร้อยละ 80 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	1. ร้อยละ 100 ของ จังหวัด ดำเนินการ ขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital
2. ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลมีแผนพัฒนา โรงพยาบาลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	2. ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	2. ร้อยละ 60 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	2. ร้อยละ 75 ของ โรงพยาบาล พัฒนาได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน

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
จังหวัดและโรงพยาบาลมี แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 60	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 75

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ประเภท สถาน พยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
		การ จัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนิน กิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN และ มาตรฐานการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ
รพศ.	28	28	100	17	60.7	17	60.7
รพท.	88	86	97.7	49	55.7	48	54.6
รพช.	780	720	92.3	288	36.9	275	35.3
รวม	896	834	93.1	354	39.5	340	37.9

	<p>หมายเหตุ : 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ดลโลกรื้อนด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม”</p> <p>2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของ โรงพยาบาลกรมสังกัดกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p><u>ภาพรวมตัวชี้วัดและประเด็น ENERGY และ ENVIRONMENT</u></p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>1. นางปรียานุช บุระณะภักดี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรสาร : 02-5904255</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-1114937 E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th</p> </div> </div> <p><u>ประเด็น GARBAGE และ RESTROOM</u></p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>2. นายประโชติ กราบกราน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรสาร : 02-5904128</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-1626-4111 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th</p> </div> </div> <p><u>ประเด็น NUTRITION</u></p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>1. นายวิโรจน์ วุฒะเกียรติศักดิ์ โทรศัพท์ทำงาน : 02-5904606 โทรสาร : 02-5904186</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสิ่งแวดล้อมชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-6512-1521 E-mail : wirote.w@anamai.mail.go.th</p> </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>2. นายชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย โทรศัพท์ทำงาน : 02-5904177 โทรสาร : 02-5904186</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08-0434-6888 E-mail : chailert.k@anamai.mail.go.th</p> </div> </div> <p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>1. นางสาวรุจิรา ไชยดวง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-1915-5878 E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th</p> </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>2. นางสาวนวรรตน์ อภิขัยนันท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>นักวิชาการสาธาณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 062-6404442 E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.thสำนัก</p> </div> </div> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กองแผนงาน และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>1. นางณิษฐา อาภาจรัส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรสาร : 02-5904316</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-5668879 E-mail : a.neeranuch@gmail.com</p> </div> </div>

	<p>2. นางสาวนรรัตน์ อภิชัยนันท์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316</p> <p>โทรสาร : 02-5904316</p> <p>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 062-6404442</p> <p>E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th</p>
--	---	--

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ข้อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	30. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)				
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
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.บุญชัย อีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 3 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767 โทรสาร : E-mail : boonchai65@gmail.com สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข				
	2. นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901379 โทรศัพท์มือถือ : 081-7620424 โทรสาร :02-5901380 E-mail : areabhpp@hotmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	3. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 โทรสาร : E-mail : somnee@hotmail.com สำนักบริหารการสาธารณสุข				

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																																																				
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนอำเภอ 8787 แห่ง</p> <p>เงื่อนไข :</p> <table> <tbody> <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. พิชญ์โลก</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> <tr><td>26. อ่างทอง</td><td>7 แห่ง</td></tr> </tbody> </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. พิชญ์โลก	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
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. พิชญ์โลก	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
	61.อำนาจเจริญ	7 แห่ง

	<p>62.อุบลราชธานี 25 แห่ง</p> <p>63.กระบี่ 8 แห่ง</p> <p>64.ชุมพร 8 แห่ง</p> <p>65.นครศรีธรรมราช 23 แห่ง</p> <p>66.พังงา 8 แห่ง</p> <p>67.ภูเก็ต 3 แห่ง</p> <p>68.ระนอง 5 แห่ง</p> <p>69.สุราษฎร์ธานี 19 แห่ง</p> <p>70.ตรัง 10 แห่ง</p> <p>71.นราธิวาส 13 แห่ง</p> <p>72.ปัตตานี 12 แห่ง</p> <p>73.พัทลุง 11 แห่ง</p> <p>74.ยะลา 8 แห่ง</p> <p>75.สงขลา 16 แห่ง</p> <p>76.สตูล 7 แห่ง</p> <p>(ที่มา : ฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA</p> <p>2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)</p> <p>3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง , การดูแลระยะยาว (Long term care) การกำหนดจุดเสี่ยงในอำเภอและมีแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (RTI) และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และ เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ</p> <p>4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับ อำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตาม แนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-82962454 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052 โทรสาร : E-mail : somnee@hotmail.com</p>

	<p>3. น.ส.สุประวีณ์ เมฆฉาย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน :</p> <p>โทรสาร :</p> <p>สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 083-2949022</p> <p>E-mail : suprawee1959@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)
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 ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข/</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข/ 1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 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	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 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)										
วิธีการประเมินผล :	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ปี 2560 ดังนี้ <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>70</td><td>72.5</td><td>75</td><td>77.5</td><td>80</td></tr></table>	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	70	72.5	75	77.5	80
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
70	72.5	75	77.5	80							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล 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										

	<p>3. นางสาวปิยนุช จันทร์อักษร</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 083-3979242</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903979</p> <p>E-mail : ncd0424.3@gmail.com</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
--	---

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ลักษณะ	Lagging Indicator			
ระดับการวัดผล	ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	34. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 – 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นายแพทย์ภักทรวินท์ อัดตะสาระ			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	35. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
คำนิยาม	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J440(J44.0),441(J44.1))				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร	NA	NA
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440(J44.0)-J441(J44.1))				
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	อยู่ระหว่างดำเนินการ หาค่าที่เหมาะสม	
ปี 2562:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	NA	NA	NA	อยู่ระหว่างดำเนินการ หาค่าที่เหมาะสม	
ปี 2563:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	NA	NA	NA	อยู่ระหว่างดำเนินการ หาค่าที่เหมาะสม	

ปี 2564:

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

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	
ลักษณะ	Leading Indicator	
ระดับการวัดผล	เขต	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	36. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	
คำนิยาม	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)	
	2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้	
	ขั้นที่ 1 การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้	
	<div><div>▪ RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</div><div>▪ RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย</div></div>	
	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	

	<p>RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</p> <p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</p> <p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
<p>ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU</p>		
	<p>RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</p> <p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การจ่าย NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การจ่าย glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 6. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ. ระดับ A,S,M 1 ต้องมีรายงานการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด 	<p>RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน(Output)</p> <p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>

	ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU														
	RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)		RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน(Output)												
	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data		รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใ้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค												
3. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumonia</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumonia</i> .															
เกณฑ์เป้าหมาย															
RDU															
<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>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															
<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>- รพ. ระดับ A, S และ M1 มี แผนปฏิบัติการ การจัดการการดื้อ ยาด้านจุลชีพ (AMR) ใน โรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด</td><td>การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 10 จาก Baseline Data</td><td>การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline Data</td><td>การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 30 จาก Baseline Data</td><td>การติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือดลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	- รพ. ระดับ A, S และ M1 มี แผนปฏิบัติการ การจัดการการดื้อ ยาด้านจุลชีพ (AMR) ใน โรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 10 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 30 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือดลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
- รพ. ระดับ A, S และ M1 มี แผนปฏิบัติการ การจัดการการดื้อ ยาด้านจุลชีพ (AMR) ใน โรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 10 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 30 จาก Baseline Data	การติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือดลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data											

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5.โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 30				
<ul style="list-style-type: none"> ● ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.5 ● ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 30
ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1	ขั้นตอนที่ 1 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
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>2.1, 2.2 (2) และ</p> <p>2.3 (2)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>4.1 (2) และ 4.2 (2)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 5</p> <p>5.1 (2) และ 5.2 (2)</p>

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>2.1, 2.2 (3) และ</p> <p>2.3 (3)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>4.1 (3) และ 4.2 (3)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 5</p> <p>5.1 (3) และ 5.2 (3)</p>

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>2.1, 2.2 (4) และ</p> <p>2.3 (4)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>4.1 (4) และ 4.2 (4)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 5</p> <p>5.1 (4) และ 5.2 (4)</p>

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)																				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																				
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ																				
ลักษณะ	Leading Indicator																				
ระดับการวัดผล	จังหวัด																				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน																				
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th>Baseline data</th><th>หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><td></td><td></td><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</td><td>ร้อยละ</td><td>16.59</td><td>17.51</td><td>17.15</td></tr></table>		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2557	2558	2559	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	16.59	17.51	17.15				
	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 : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย		ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th																		

	<p>2. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-1495636 โทรสาร : 02-1495636 สำนักการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>4. นายสมศักดิ์ กริชชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495653 โทรสาร : 02-1495653 สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ</p> <p>5. นางศรีจรรยา โชติ๊ก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490 สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8723270 E-mail : tewantha@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน โทรศัพท์มือถือ : 081-3565326 E-mail : rungnapa.pr@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 081-6846683 E-mail : augus_organ@hotmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791 E-mail : kungfu55@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวศศิธร ไชยสถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490 โทรสาร : 0-29659490 สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25917809 โทรสาร : 0-29510218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com</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 ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ จากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานหน่วยบริการที่จัดส่ง ทำการรวมผลการดำเนินงานในปี 2560 เข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-2559 (หรือสะสมมาตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปีงบประมาณที่รายงาน) ในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า 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>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้</p>														

	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3. บันทึกทางโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2 <p>คำอธิบายสูตร:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพช./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 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
--	---

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥ ร้อยละ 50	
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย	ร้อยละ	36.76	44.14	48.50

	โรคซึมเศร้า เทียบกับคาด ประมาณจาก ความชุกที่ได้จาก การสำรวจ					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598 </div> <div> ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ: 084-5585956 E-mail : tkongsuk@gmail.com </div> </div> <div> <div> 2. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598 </div> <div> โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com </div> </div>					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<div> <div> 1. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-352599 โทรสาร : 045-352598 </div> <div> โทรศัพท์มือถือ : 081-8775751 E-mail : virgojinny12@gmail.com </div> </div> ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต					

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	42. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
แหล่งข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข —จากรายงาน รง 506-S แบบรายงานการเฝ้าระวังติดตามผู้ทำร้ายตนเอง

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 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)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์ประภาส อุcranันท์

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111

โทรสาร : 043-224722

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63136

โทรสาร : 043-224722

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. นางอรพิน ยอดกลาง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308

โทรสาร : 043-224722

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์มือถือ : 089-9494885

E-mail : pat-ukn@yahoo.com

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877

E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877

E-mail : orapin545@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

1. นางอรพิน ยอดกลาง

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308

โทรสาร : 043-224722

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877

E-mail : orapin545@gmail.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)										
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ										
ลักษณะ	Lagging Indicator										
ระดับการวัดผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	45. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ										
เกณฑ์การประเมิน :											
ปี 2560 :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>28</td><td>28</td><td>ไม่เกิน 28</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	28	28	ไม่เกิน 28
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
-	28	28	ไม่เกิน 28								
ปี 2561:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>27</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	-	-	27
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
-	-	-	27								
ปี 2562:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>26</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	-	-	26
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
-	-	-	26								
ปี 2563:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>25</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	-	-	25
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
-	-	-	25								
ปี 2564:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>24</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	-	-	-	24
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
-	-	-	24								

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 ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษาเป็นต้น - 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>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 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
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A_{(S)} + A_{(C)} + A_{(R)}) / (B_{(S)} + B_{(C)} + B_{(R)})) \times 100$

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	47. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ

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

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)					
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง					
ลักษณะ	Lagging Indicator					
ระดับการวัดผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	48. อัตราตายจากมะเร็งปอด					
คำนิยาม	<p>อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น</p> <p>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2558 (20.1 ต่อประชากรแสนคน)</p>					
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	
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		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		20.1 (2558)	ต่อประชากรแสนคน			

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ

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% ของเกณฑ์เป้าหมาย (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% ของเกณฑ์เป้าหมาย (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% ของเกณฑ์เป้าหมาย (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% ของเกณฑ์เป้าหมาย (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% ของเกณฑ์เป้าหมาย (1,300 ครั้ง)

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัด	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	53. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป

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

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. กลไก ECS ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและ รพ. ที่ได้รับการจัดตั้งพร้อมกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน	3. บุคลากรทุกระดับ ทีมสนับสนุน ECS คุณภาพ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ICS/ HOPE / MERT/Mini MERT/CLS	5. รพ. หน่วยงาน จังหวัด เขต และ กระทรวง แต่ละแห่ง มีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ	7. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ
2. คู่มือหลักเกณฑ์ ได้รับการจัดทำ เรียบร้อย พร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกระดับ	4. เครือข่าย ECS ทุกภาค ส่วนมีการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และ ดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่มุ่งเน้น ปี 60	6. ให้มีการจัดตั้ง และพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับวางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับ	

			ระบบ ICS /PHER / PHEOC ภายใน จังหวัด/เขต/ กระทรวง/ ตลอดจน กับระบบของ ประเทศ		
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	

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 นำปัญหามาพบทวน 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)

	<p>2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ</p> <p>3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต)	แห่ง	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 96.36 (159 แห่ง จาก 165 แห่ง)
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 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	<p>1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254 โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>2. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>3. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286 โทรสาร : E-mail : สำนักบริหารการสาธารณสุข</p>				

	<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.จิตชนก 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 :</p>

	<p>3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์</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. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับการพัฒนาคุณภาพ 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 style="color: red;">รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80 2. คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90 <p style="color: red;">การรับรองผล ระดับ 5 ดาว จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลให้ได้ 5 ดาว รักษาสภาพ 5 ดาว 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1 รพ.สต.ประเมินตนเอง ทีมอำเภอ ทีมจังหวัดและ ทีมเขต ร่วมผลักดันและพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 2. ทีมจังหวัด ทีมเขตประเมินและรับรองผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 3. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวทั้งหมด 4. สรุปผลการประเมิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1. พญ. ณัฏฐ์ สิทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902351 โทรสาร : </div> <div> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : </div> </div> <p>สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี</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>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจารุณี จันท์เพชร 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

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 60
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผลการทำงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 70
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผลการทำงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผลการทำงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

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
ประชุมชี้แจงโรงพยาบาล ชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อรับทราบ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ ประเมิน	จัดเวทีแลกเปลี่ยน ระหว่างโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ HA	ติดตามความก้าวหน้าผล การดำเนินงานและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	รวบรวมข้อมูลผลการ ประเมินจากสถาบัน รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การ มหาชน)

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	61. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการ อาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 25
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือสนับสนุนวิชาการให้กับหน่วยงานเครือข่าย	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 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	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 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
มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	มีสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	มีสรุปผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	1. มีผลร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 25 ในปี 2560

หรือสนับสนุนวิชาการ ให้กับหน่วยงานเครือข่าย			2. มีสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานปีต่อไป
--	--	--	---

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62. สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ

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
การคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	การคัดกรองแรงงานต่างด้าวกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยอาสาสมัครและให้ดูแลรักษาเมื่อพบปัญหาสุขภาพ	ประเมินผลความสำเร็จการให้บริการในกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาสุขภาพ

ปี 2563 :

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

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)										
เกณฑ์การประเมิน											
ปี 2560 :											
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>1. จัดตั้ง คณะกรรมการ จัดทำตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ 2. จัดตั้งคณะทำงาน กลั่นกรอง ตำรับยา แผนไทยแห่งชาติ 3. จัดทำหลักเกณฑ์ คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ</td><td>1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ ตามกลุ่ม โรคและกลุ่มอาการ ทางการแพทย์แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทย แห่งชาติที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 10 ตำรับ</td><td>1. มีการกลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ ตามกลุ่ม โรคและกลุ่มอาการ ทางการแพทย์แผนไทย 2. ได้ผลการกลั่นกรอง ตำรับยาแผนไทย แห่งชาติ ที่ผ่านความ เห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 50 ตำรับ</td><td>- ได้ผลกลั่นกรองตำรับ ยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย จำนวน 100 ตำรับ</td></tr></table>				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
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 :											
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>100 ตำรับ</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				100 ตำรับ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			100 ตำรับ								
ปี 2562 :											
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>100 ตำรับ</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				100 ตำรับ
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			100 ตำรับ								
ปี 2563 :											
<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>300 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2562) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				300 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2562) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			300 ตำรับ (ผลงานปีงบประมาณ 2560-2562) รวบรวม จัดทำเป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา								

				<p>นุเบกษา และจัดพิมพ์ เป็นตำรายาแผนไทย แห่งชาติ</p>	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				-	
วิธีการประเมินผล :		จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ผ่านการคัดเลือกแต่ละปี			
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> 1. ต้นฉบับตำรับยาแผนไทยของชาติที่ผ่านการกลั่นกรองและคัดเลือก 2. รายงานการประชุมคณะทำงานกลั่นกรองตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 3 คณะ 3. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 4. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 5. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 6. ตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้อ้างอิง 			
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. ญ.ดร.อัญชลี จูทะพุทธิ <p>ผู้ช่วยอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ ผู้อำนวยการสำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิม ระหว่างประเทศ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900</p> <p>โทรสาร : 02-5914409 E-mail : anchaleeuan@gmail.com</p> <p>สำนักงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ</p> 2. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ <p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505</p> <p>โทรสาร : 02-1495647 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th</p> <p>สถาบันการแพทย์แผนไทย</p> 3. นายนันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ <p>ผู้อำนวยการกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495608 โทรศัพท์มือถือ : 085-4829029</p> <p>โทรสาร : 0-25911095 E-mail : krittatach.dtam@gmail.com</p> <p>กองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านไทย</p> 			
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>		สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวศศิธร ไหญ่สถิตย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-29659490 โทรสาร : 02-9659490	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com
	2. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukunya0210@gmail.com

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	
แผนที่	10. ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข	
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	
ลักษณะ	Leading Indicator	
ระดับการวัดผล	ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	70. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อ	
แหล่งข้อมูล	1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div> <div> 1. ดร.ภญ.มณฑกา อธิชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2243247 โทรสาร : 02-2243247 สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย </div> <div> ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 083-1774297 E-mail : monthaka.t@gmail.com </div> </div> <div> <div> 2. นางเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-21495692 โทรสาร : 02-1495693 กองการแพทย์พื้นบ้านไทย </div> <div> ผู้อำนวยการกองการแพทย์พื้นบ้านไทย โทรศัพท์มือถือ : 081-3727660 E-mail : saowanee@health.moph.go.th </div> </div> <div> <div> 3. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495647 โทรสาร : 02-1495647 สถาบันการแพทย์แผนไทย </div> <div> ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 084-4391505 E-mail : khwanacha@health.moph.go.th </div> </div> <div> <div> 4. ภก.สมนึก สุขยธนาวิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25647889 โทรสาร : 02-5647889 ต่อ 26 กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร </div> <div> ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร สมุนไพร โทรศัพท์มือถือ : 089-7600592 E-mail : somnuekster@gmail.com </div> </div>	

	<p>5. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0-2149-5636 โทรสาร : 02-1495636</p> <p>สำนักการแพทย์ทางเลือก</p> <p>6. แพทย์หญิงรุ่งนภา ประสานทอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495676 โทรสาร : 02-1495677</p> <p>สถาบันการแพทย์ไทย-จีน</p> <p>7. นางศรีจรรยา โชติก โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</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>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวศศิธร ใหญ่สฤติย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรสาร : 02-9659490</p> <p>สำนักยุทธศาสตร์</p> <p>2. นางสาวสุกัญญา ชัยแก้ว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรสาร : 02-9510218</p> <p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521 E-mail : kiwi_sida29@hotmail.com</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989 E-mail : sukanya0210@gmail.com</p>

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	72. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ 6 (ไตรมาสที่ 2)/รอบ 9 (ไตรมาสที่ 3)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)		
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน		
ลักษณะ	Leading Indicator		
ระดับการวัดผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	74. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้		
คำนิยาม	<p>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (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>		
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

1. นายสรรเสรีญ นามพรหม

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410

โทรสาร : 02-5901421

ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454

E-mail : sansernx@gmail.com

กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวจิรพร ทองหอม

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348

โทรสาร : 02-5901421

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908

081-4594871

E-mail : jeerap_15@hotmail.com

	<p>2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796</p> <p>โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com</p> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางธิดาภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211</p> <p>โทรสาร : 02-5901384 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-25902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346</p> <p>โทรสาร : 02-5901384 E-mail : bops.hr@gmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางสาวจิรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908, 081-4594871</p> <p>โทรสาร : 02-5901421 E-mail : jeerap_15@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796</p> <p>โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com</p> <p>กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางธิดาภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211</p> <p>โทรสาร : 02-5901384 E-mail : inspect.n@gmail.com</p> <p>2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346</p> <p>โทรสาร : 02-5901384 E-mail : bops.hr@gmail.com</p> <p>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

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
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Public Organization Index) ไปใช้

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	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ				
	1. นางนันทพร มานะเนตร		ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901175		โทรศัพท์มือถือ : 081-8319185		
	โทรสาร :		E-mail : -		
	สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	2. นายสรรเสริญ นามพรหม		ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล		
			สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410		โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454		
	โทรสาร : 02-5901421		E-mail : sansernx@gmail.com		
	กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด				
	1. นายสถาพร รัตนเทพี		นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901040		โทรศัพท์มือถือ : 092-2818506		
	โทรสาร :		E-mail : sa_vi_run@hotmail.com		
	2. นางชุติมา 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 จันทรเลื่อน		นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344		โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796		
	โทรสาร : 02-5901421		E-mail : sudjaich1@gmail.com		
	กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
	5. นางธิดาภัทร คูหา		นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459		โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211		
	โทรสาร : 02-5901384		E-mail : inspect.n@gmail.com		

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

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	76. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงจากอัตราสูญเสียเดิมในระดับที่					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ	มากกว่าหรือเท่ากับ
	5	10	15	20	25
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้าราชการที่สูญเสียเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้าราชการทั้งหมดเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนข้าราชการที่สูญเสียปีปัจจุบัน				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนข้าราชการทั้งหมดปีปัจจุบัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B) \times 100) - ((C/D) \times 100)$ หมายเหตุ : อัตราการสูญเสียเดิม = $(A/B) \times 100$ อัตราการสูญเสียปีปัจจุบัน = $(C/D) \times 100$				

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
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
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<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>				

NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC
(<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่ง
ของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

- ปี 2563 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วย
เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 5

LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากร
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2563 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป
สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC
(<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่ง
ของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

- ปี 2564 :

LTC: ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากร
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2564 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป
สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

NCD:ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC
(<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่ง
ของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก <http://hdcservice.moph.go.th/>
ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
คัดเลือกและพัฒนา อศค. เป้าหมาย 60,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อศค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000 คน	คัดเลือกและพัฒนา อศค. 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

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
 2. หลักสูตร อสค.
 3. คู่มือ อสค.
 4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว
 5. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค.
 6. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน (www.thaiphc.net)
- หมายเหตุ** เอกสารประกอบการดำเนินงาน 1 - 3 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำต้นฉบับให้ โดยให้จังหวัดดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อจัดทำสำเนาใช้ในพื้นที่ต่อไป

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) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และ ประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability Index) ประเมินจากความคิดเห็นหรือ ประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงาน ภาครัฐ 3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมิน จากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการ ให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture Index) ประเมินจากความ คิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity Index) ประเมินจากความ คิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3)ปราบปราม และ (4) เครือข่าย</p>

	<p>มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับ คุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้น กว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 3 (พ.ศ. 2560-2564) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในปี 2560 คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 396 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบ สำรวจใช้ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p>หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 85 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	396 แห่ง	548 แห่ง	548 แห่ง	700 แห่ง
รวมทั้งสิ้น จำนวน 396 แห่ง จำแนกดังนี้				
1. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 หน่วยงาน				
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 หน่วยงาน (ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด+โรงพยาบาลศูนย์ (ถ้ามี) + โรงพยาบาลทั่วไป)				
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ 2 หน่วยงาน จำนวน 152 หน่วยงาน				

	<p>4. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ 2 หน่วยงาน จำนวน 152 หน่วยงาน</p> <p>5. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และ องค์การมหาชน จำนวน 7 หน่วยงาน</p> <p>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p>หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. และข้อ 5. จำนวน 92 หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (จำนวน 3 เครื่องมือ)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ส่วนที่ 1</p> <p>หน่วยงานเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. ข้อ 3. ข้อ 4. และข้อ 5 จำนวน 396 หน่วยงาน พัฒนาการกระบวนการปฏิบัติงานตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และ ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>ส่วนที่ 2</p> <p>————— หน่วยงานเป้าหมายระดับประเทศ ตามข้อ 1 ข้อ 2 และข้อ 5 ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน จำนวน 92 หน่วยงาน เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละปี ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย</p> <p>————— 1) การประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินความคิดเห็นบุคลากรภายในหน่วยงาน</p> <p>1.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>————— กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีบุคลากรน้อยกว่าจำนวนที่</p>

	<p>กำหนดให้หน่วยงานจัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด</p> <p>————— 1.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>————— ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>————— 2) การประเมิน External Integrity and Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินความคิดเห็นผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินในปีงบประมาณนั้น</p> <p>————— 2.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>————— กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมดให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด</p> <p>————— 2.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>————— ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>————— 3) การประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด</p> <p>————— 3.1) หน่วยงานประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 396 หน่วยงาน ใช้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p> <p>————— 3.2) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล</p> <p>หน่วยงานดำเนินการรวบรวมแบบสำรวจที่ได้ตอบคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT รวมถึงเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>
--	---

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 3 (5)	85 70	85 80	85 90

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ **EB1-EB3**
EB4 - EB6

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 (5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 1 4	200 1
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 2 5 (ตรวจเฉพาะหน่วยงานคัดเลือกโครงการฯ จำนวน 5 โครงการที่มีงบประมาณสูงสุด ทั้งนี้ อาจยังไม่มีผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างก็ได้)	100 3
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB 3 6	400 5

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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
65 75	70 80	75 85	80 90	85 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
65 75	70 80	75 85	80 90	85 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
65 75	70 80	75 85	80 90	85 95

เอกสารสนับสนุน :

แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment) ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่	2. พัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	กรม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/ คุณภาพ	82. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนกรมทบทวนและจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้แล้วเสร็จ - จำนวนกรมดำเนินการตามเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558 และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครขอรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด รอบที่ 1 ส่งสำนักงาน ก.พ.ร. ภายในระยะเวลาที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมที่ผ่านการพิจารณา รอบที่ 1 จำนวน 5 กรม จาก 9 กรม และส่งเอกสาร Application Report ฉบับสมบูรณ์ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในเวลาที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมที่ผ่านการพิจารณา รอบที่ 2 จำนวน 5 กรม จาก 9 กรม และสำนักงาน ก.พ.ร. แจ้งการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ (Site visit) 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด (ร้อยละ 20)

เงื่อนไข: ใช้ผลการพิจารณาตัดสินรางวัล**คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)** จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนกันยายน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 40

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินเหมือนปี 2560			ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 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	<p>- กรมประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี 2558 และคัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวดอย่างน้อย 1 หมวด (0.50 คะแนน)</p> <p>- กรมจัดทำเอกสารส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รอบที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด และส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)</p>				
3	<p>- ผลการพิจารณาเอกสารสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รอบที่ 1 (0.50 คะแนน)</p>				
	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
	<p>- กรมที่ผ่านการพิจารณารอบที่ 1 จัดทำเอกสารเพิ่มเติมรอบที่ 2 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ กำหนด ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (0.50 คะแนน)</p>				
4	<p>- ผลการพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม รอบที่ 2(1 คะแนน)</p>				
	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

		หมายเหตุ: ให้นำรวมกรมที่รับการตรวจ Certified FL มีผลคะแนน 275 คะแนน ขึ้นไป			
	5	- ร้อยละ 20 ของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด (1 คะแนน)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับรางวัลผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	22.20 (2 กรม)	22.20 (2 กรม)	55.50 (5 กรม)

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)				
แผนที่	13. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. พัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)				
ลักษณะ	Leading Indicator				
ระดับการวัดผล	ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	84. ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	2560	2561	2562	2563	2564
	50%	60%	70%	80%	100%
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. http://nrefer.moph.go.th 3. ระยะ 20 ปี : สํารวจจากหน่วยบริการ				
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 การเข้าใช้งาน Data Exchange 2. คำนวณจากรายงานใน http://nrefer.moph.go.th				

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 ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่คุณแทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</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														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. 2. ระบบ LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน 3. ระยะ 20 ปี : สํารวจประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด													
เกณฑ์การประเมิน														
ปี 2560 : ** เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบ PHRs / เฉพาะจังหวัดน่านร่อง														
<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 : ** เฉพาะจังหวัดน่าน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2%	3%	4%	5%

ปี 2562 : ** เฉพาะจังหวัดน่าน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
7%	8%	9%	10%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
12%	13%	14%	15%

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
17%	18%	19%	20%

วิธีการประเมินผล :

1. สุ่มตรวจสอบจากการใช้บัตรประชาชน smart card ดูข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของ สรอ.
2. จำนวนการสมัครใช้ Application ระบบ PHRs ของ สป.สธ.
3. ตรวจสอบข้อมูลจาก LogFile การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวจริยา มอนนรินทร์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901212 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th
 2. นางกนกวรรณ มาป้อง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902185 ต่อ 415 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : 02-5901215 E-mail : ict-moph@health.moph.go.th
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)					
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ					
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง					
ลักษณะ	Lagging Indicator					
ระดับการวัดผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	90. ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2554	2555	2556
		3.7 (2556)	ร้อยละ	3.8	3.8	3.7

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)					
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ					
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง					
ลักษณะ	Lagging Indicator					
ระดับการวัดผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	91. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		data		2554	2555	2556
		7,354 (2556)	บาท ต่อหัว ประชากร	6,777	7,358	7,354

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)																									
แผนที่	14. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																									
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																									
ลักษณะ	Lagging Indicator																									
ระดับการวัดผล	เขต																									
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	92. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน																									
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีปัญหาวิกฤติทางการเงิน 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>$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย รวม ค่าเสื่อมราคา}$</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	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย รวม ค่าเสื่อมราคา}$
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	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย รวม ค่าเสื่อมราคา}$																								

	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 มีผลกระทบ ต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
	b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
	c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
	3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
	a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
	b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
	c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก < หรือ = 3 เดือน	0	
	3.3 กรณี NWC ติด บวก & มี NI เป็นบวก	0	

	3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2							
	<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</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 การปรับเปลี่ยนช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก</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 การปรับเปลี่ยนช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก	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 การปรับเปลี่ยนช่วยเหลือจากหน่วยบริการที่มีทุนสำรองสุทธิมาก	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>	
	<p>มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p>	<p>2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินปี 2560</p> <p>2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)</p> <p>2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส)</p>	<p>2.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 100</p> <p>2.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)</p> <p>ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>
	<p>มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)</p>	<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 ตัวจากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 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 4.2 จัดทำคู่มือตรวจสอบบทลงโทษ 4.3 จัดทำคู่มือตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการ	4.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีคะแนนคุณภาพบัญชี (ตรวจสอบบัญชีด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์) มีความถูกต้อง ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 85 4.2 ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการตรวจและมีคะแนนคุณภาพบัญชีตามเกณฑ์ที่กระทรวง/เขต กำหนด ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 80
	มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)	5.1 สร้างเครือข่ายการเงินการคลังระดับเขต 5.2 พัฒนาศักยภาพCFO ระดับเขต 5.3 พัฒนาศักยภาพ Auditor ระดับเขต	5.1 จำนวนเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ ค่าเป้าหมาย: 12 เขต 76 จังหวัด 5.2 ร้อยละของ CFO ระดับเขต ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 80 5.3 ร้อยละของผู้ตรวจสอบบัญชี (Accounting Audit) ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 80
มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)			
	ระดับ	แผนงาน/กิจกรรม	ผลผลิต/ผลลัพธ์
	เขต	1.ปรับเกลียวเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลียวตามปัญหาและบริบทของพื้นที่	1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลียวระดับเขต 2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)

		2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF) 3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต 4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย	3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC
	จังหวัด	1.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด 2.ปรับเปลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/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 ทุกรายได้ ไตรมาส 4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) ทุกรายได้ ไตรมาส 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 : พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (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. หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด ได้รับการตรวจคุณภาพบัญชี 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	1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ 2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ 3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับเฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต 4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin	
จังหวัด	1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคุมกับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และ มีระบบรายงานเขต 2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้ป็นระดับ 7 3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง 4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน	

		ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และ มีระบบรายงานเขต				
	หน่วย บริการ	1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด 2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย 3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่าง ของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่า หรือต่ำกว่า แผนได้ไม่เกินร้อยละ 5)				
เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การ บริหารจัดการการเงินการคลัง						
		เครื่องมือ	ราย เดือน	ราย ไตรมาส	ราย ปี	หมายเหตุ
บริหาร แผน	๑.แผนการเงินการคลัง (Planfin)	/	/	/		
	๒.การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุน (Feasibility study)			/		ตามแผนการ ลงทุน
ปรับปรุง ประสิทธิภาพ	๓.หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการ ด้านการเงิน (Letter of Intent : LOI)	/	/	/		กรณีที่ได้รับ การช่วยเหลือ
	๔.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)	/	/	/		กรณีที่ได้รับ การช่วยเหลือ
ประเมิน ขบวนการ	๕.เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)		/	/		
	๖.เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)			/		
	๗.ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)			/		
การ เฝ้าระวัง	๘.ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (Financial Risk Scoring)	/	/	/		
	๙.ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio :HGR)	/	/	/		
	๑๐.ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Unit Cost)	/	/	/		

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการมีแผน ทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 12	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 8

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
หน่วยบริการ สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ประสบภาวะ วิกฤติทาง การเงิน	ร้อยละ	<u>ไตรมาส 1/57</u>	<u>ไตรมาส 1/58</u>	<u>ไตรมาส 1/59</u>	
		ร้อยละ 11.58	ร้อยละ 6.31	ร้อยละ 8.71	
		<u>ไตรมาส 2/57</u>	<u>ไตรมาส 2/58</u>	<u>ไตรมาส 2/59</u>	
		ร้อยละ 12.13	ร้อยละ 5.76	ร้อยละ 5.04	
		<u>ไตรมาส 3/57</u>	<u>ไตรมาส 3/58</u>	<u>ไตรมาส 3/59</u>	
		ร้อยละ 12.91	ร้อยละ 12.19	ร้อยละ 9.83	
		<u>ไตรมาส 4/57</u>	<u>ไตรมาส 4/58</u>	<u>ไตรมาส 4/59</u>	
		ร้อยละ 9.18	ร้อยละ 15.65	ร้อยละ 13.60	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901553 โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : E-mail : pitalpolb@hotmail.com				
	2. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com				
	3. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : 02-5901576 E-mail : nimanong_15@hotmail.com				
	4. นางสาวอโณทัย ไชยपालะ กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590 1574 โทรศัพท์มือถือ :				
	โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com				
กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

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>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยให้กับนักวิจัยในสังกัด อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 กรม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรมการแพทย์ 2. กรมควบคุมโรค 3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 5. กรมสุขภาพจิต 6. กรมอนามัย 7. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<div>1. รวบรวมข้อมูลงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จากทุกกรม</div> <div>2. ติดตามและรายงานผลการดำเนินการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ของไตรมาสที่ 2-4</div> <div>3. บันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รอบ 3,6,9,12 เดือน และบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560</div>				
แหล่งข้อมูล	<div>1. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับกรม จำนวน 8 กรม</div> <div>2. เว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th</div>				
วิธีการประเมินผล :	<div>1. งบดำเนินการของแต่ละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรให้เป็นงบประมาณสำหรับการวิจัย อย่างน้อยร้อยละ 1.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560</div> <div>2. จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย ให้กับนักวิจัยในสังกัด ได้อย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2560</div>				
เอกสารสนับสนุน :	<div>1. การจัดทำรายงานในแต่ละไตรมาส จากกลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</div> <div>2. ข้อมูลบนเว็บไซต์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข www.http://healthkpi.moph.go.th</div>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<div><div><div>1. นายแพทย์สมควร หาญพัฒน์ชัยกูร</div><div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901714</div><div>โทรสาร : 02-5919832</div></div><div>2. นางจิรภฎา วานิชชัยกูร</div><div>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706</div><div>โทรสาร : 02-5919832</div></div> <div><div>ผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมป้องกันโรค</div><div>โทรศัพท์มือถือ : 089-967674</div><div>E-mail : bengouy@hotmail.com</div><div>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</div><div>โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079</div><div>E-mail : chiraphada@hotmail.com</div><div>ppproject2016@hotmail.com</div></div>				

	<p>3. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902012 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748</p> <p>โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นางจิรภา วาณิชอังกู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901706 โทรศัพท์มือถือ : 089-7997079</p> <p>โทรสาร : 02-5919832 E-mail : chiraphada@hotmail.com</p> <p style="text-align: right;">ppproject2016@hotmail.com</p> <p>2. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902012 โทรศัพท์มือถือ : 089-7811748</p> <p>โทรสาร : 02-5919835 E-mail : research.moph@hotmail.com</p> <p>สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	16. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	96. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กฎหมายทุกฉบับมีปฏิทิน และแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จ ร้อยละ 75	กรมที่เกี่ยวข้องมีความ พร้อมเกี่ยวกับกฎหมาย ร้อยละ 50 กฎหมายกลุ่ม 1 มีความพร้อมร้อยละ 60	กฎหมายกลุ่ม 1 ผ่าน ค.ร.ม. หรือผ่านกระทรวง ร้อยละ 100	กฎหมาย และกฎกระทรวง 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. ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

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			